

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Universidade Nova de Lisboa



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

VULNERABILIDADE EM PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NA COMUNIDADE

ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UTENTES DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA

Vânia Prates Afonso

Orientadora Professora Doutora Maria Amália Botelho

Maio 2015

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Universidade Nova de Lisboa



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

VULNERABILIDADE EM PESSOAS IDOSAS RESIDENTES NA COMUNIDADE

ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UTENTES DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA

Vânia Prates Afonso

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde e Envelhecimento

Orientadora

Professora Doutora Maria Amália Botelho
Professora Auxiliar de Medicina Clínica da Faculdade de Ciências Médicas
Pró-Reitora da Universidade Nova de Lisboa

Maio 2015

Tese de Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde e Envelhecimento, realizada sob a orientação científica da Senhora Professora Doutora Maria Amália Botelho, Professora Auxiliar de Medicina Clínica da Faculdade de Ciências Médicas, Pró-Reitora da Universidade Nova de Lisboa.

Este documento não foi escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

Soneto

Deus pede hoje estrita conta do meu tempo
E eu vou, do meu tempo, dar-lhe conta.
Mas como dar, sem tempo, tanta conta
Eu que gastei sem conta tanto tempo?

Para ter minha conta feita a tempo,
O tempo me foi dado e não fiz conta.
Não quis, tendo tempo, fazer conta.
Hoje quero fazer conta e não há tempo.

Oh! Vós, que tendes tempo sem ter conta,
Não gasteis vosso tempo em passatempo.
Cuidai, enquanto é tempo em fazer conta.

Pois aqueles que sem conta gastam tempo,
Quando o tempo chegar de prestar conta,
Chorarão, como eu, se não der tempo.

Frei António das Chagas (Portugal 1631-1682)

r e f l e x ã o

Qual seria a sua idade se não soubesse quantos anos tem?

Confúcio (China, 551 a.C – 479 a.C)

AGRADECIMENTOS

Às pessoas idosas que permitiram a realização deste pequeno estudo sobre as suas vidas.

À brilhante Professora Doutora Maria Amália Botelho, minha ilustre orientadora, que no seu exemplar papel de tutora me orientou e ensinou a olhar para o trabalho aqui escrito e para alguns aspectos elementares da vida.

À Professora Cláudia Silva pela sua indescritível disponibilidade e extraordinária competência e simplicidade no que diz respeito a estatística.

À Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, na pessoa do Dr. Mário Rui André por autorizar e acreditar nos benefícios deste estudo.

Aos Professores deste Mestrado que me ensinaram e instigaram a querer fazer sempre o mais simples e melhor pelas pessoas mais velhas.

Aos meus colegas de Mestrado, pessoas empenhadas em saber mais para fazer melhor. Em especial à colega e grande amiga Susana Lopes pela ajuda e apoio durante este percurso. À colega Conceição Balsinha por ser uma fonte de inspiração, saber e competência.

Aos meus avós, Filipa e António (*in memoriam*) e Clotilde e Manuel (*in memoriam*), que me ensinaram as mais belas lições de vida e me inspiram todos os dias no trabalho directo com as pessoas mais velhas, lembrando-me sempre que são seres únicos com uma história carregada de experiências e vivências de pelo menos mais de 65 anos.....

Aos meus adorados pais, Bia e Horário Prates, que sempre acreditaram em mim e nos meus sonhos, fazendo tudo por mim e fazendo de mim a mulher que hoje sou.

Ao meu amado marido Pedro Afonso, extraordinário ser humano, sempre, sempre ao meu lado com um apoio incondicional, ajudando em todas as frentes, sempre com um sorriso no rosto e uma pitada de humor, sob o lema “Amor e Carinho tudo vence!”.

À minha maravilhosa e inspiradora filha que me enche o coração de amor e me deu miminhos sempre que eu precisei, fortalecendo-me a cada etapa, sentindo inevitavelmente as minhas ausências.

Um bem-haja a todos!

RESUMO

Objectivo: O presente estudo tem como principal objectivo a caracterização da vulnerabilidade individual em pessoas idosas residentes na comunidade.

Metodologia: Trata-se de um estudo não experimental, exploratório, quantitativo, e transversal numa amostra probabilística de aleatorização simples (n=213). A vulnerabilidade individual foi avaliada com recurso ao instrumento *Vulnerable Elders Survey 13* e as restantes variáveis sócio-demográficas por questionário, ambas por via telefónica.

Resultados: A amostra era predominantemente feminina, com uma maior prevalência das pessoas com 75 ou mais anos, viúvas, sem escolaridade, maioritariamente a viverem sós e mais de com um rendimento mensal igual ou inferior a 485€. Relativamente à vulnerabilidade, numa amostra aleatorizada de 213 pessoas, apenas 15 não apresentavam vulnerabilidade, avaliada pelo *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13). Das 198 pessoas vulneráveis, correspondendo a 93% da amostra, 164, ou seja, 77% deste grupo, tinham uma pontuação total igual ou superior a 7 em 10, revelando um grau elevado de vulnerabilidade.

Conclusão: As variáveis preditoras da vulnerabilidade são a idade, quanto maior a idade maior a vulnerabilidade, e o ser-se viúvo. As variáveis preditoras da dificuldade na realização das actividades físicas (AF) são a idade e pessoa isolada em alojamento colectivo. Para as actividades de vida diária (AVD), as variáveis que demonstram ser preditoras são a idade, pessoa isolada em alojamento colectivo e residir em agregado familiar de casal de idosos.

Palavras chave: vulnerabilidade; pessoas idosas residentes na comunidade; triagem; idade; percepção do estado de saúde; capacidade física; incapacidade funcional; actividades de vida diária.

ABSTRACT

Objective: The present study has as its principal objective the characterization of individual vulnerability in community-dwelling older people.

Methodology: This is a non-experimental study, exploratory, qualitative, quantitative, and cross-sectional in a probabilistic sample of simple randomization (n=213). Individual vulnerability was assessed using the instrument Vulnerable Elders Survey 13 and the other socio-demographic variables by questionnaire, both by telephone.

Results: the sample was predominantly female, with a higher prevalence of persons with 75 or more years, widows, without education, mostly living alone and most of all with less than or equal to 485€ per month. Concerning vulnerability, in a random sample of 213 people, only 15 doesn't present vulnerability, evaluated by the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13). Of the 198 people vulnerable, accounting for 93% of the sample, 164, i.e. 77% of this group, had a total score equal to or greater than 7 in 10, revealing a high degree of vulnerability.

Conclusion: The predictors of vulnerability are the age, where higher the age means greater vulnerability as well as being a widow. The predictors of the difficulty in physical activities are old age and isolated persons in collective accommodation. For the activities of daily life, the variables that demonstrate as being predictors are old age, isolated persons in collective accommodation and living in elderly couple.

Keywords: vulnerability; community-dwelling older people; old age; screening; self-rated health; physical capacity; functional disability; activities of daily living.

ÍNDICE	p.
AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
ÍNDICE	8
ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE QUADROS	11
SIGLAS E ABREVIATURAS	14
1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Envelhecimento no Mundo e na Europa	15
1.2 Envelhecimento em Portugal	16
1.3 Políticas Públicas e Respostas Sociais no envelhecimento populacional	19
1.4 Envelhecimento, Morbilidade e Incapacidade	21
1.5 Avaliação das pessoas idosas	22
1.6 Vulnerabilidade nas pessoas idosas	23
2. OBJECTIVOS	33
3. METODOLOGIA	34
3.1 Tipo de Estudo	34
3.2 Local de aplicação do estudo	34
3.3 População e amostra	34
3.4 Variáveis em estudo	35
3.5 Instrumento de recolha de dados	35
3.5.1 Caracterização Sócio-Demográfica	36
3.5.2. Caracterização da Vulnerabilidade	36

3.6 Procedimentos	37
3.7 Tratamento de dados	37
4. RESULTADOS	40
4.1 Estatística Descritiva	41
4.1.1 Caracterização Sócio-Demográfica	41
4.1.2 Caracterização da Vulnerabilidade	45
4.2 Estatística Inferencial	55
4.3 Estatística Multivariável	72
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	76
6. CONCLUSÃO	85
BIBLIOGRAFIA	86
ANEXOS	92
ANEXO I: Indicadores de Envelhecimento em Portugal	93
ANEXO II: Tabelas de frequências entre as variáveis sócio-demográficas e a percepção do estado de saúde	95
ANEXO III: Tabelas de frequências entre as variáveis sócio-demográficas e as actividades físicas	97
ANEXO IV: Tabelas de frequências da variável rendimento mensal	102
APÊNDICES	104
APÊNDICE I: INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	105
APÊNDICE II: GUIÃO ENTREVISTA TELEFÓNICA	108

ÍNDICE DE FIGURAS	p.
Figura 1 – Crescimento da população na Europa	15
Figura 2 – Pirâmide etária de Portugal	16
Figura 3 – Indicadores de Envelhecimento 1961-1013, em Portugal	17
Figura 4 – <i>Score</i> preditor da Escala Rosow-Breslau e mudanças longitudinais por sexo e idade	30
Figura 5 – Hierarquia da perda de capacidades nas actividades básicas e instrumentais da vida diária e mobilidade	32
Figura 6 – Esquema explicativo da constituição da amostra final	40
Figura 7 – <i>Box plot</i> da pontuação total do VES-13	53
Figura 8 – Efeito de interacção entre as variáveis escolaridade e faixas etárias, na pontuação total do VES-13	66

ÍNDICE DE QUADROS

p.

Quadro 1 – Distribuição da amostra nas variáveis independentes: faixas etárias, sexo, estado civil, escolaridade, agregado familiar e rendimento mensal	41
Quadro 2 – Distribuição da amostra por sexo e faixa etária	42
Quadro 3 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e estado civil	43
Quadro 4 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e escolaridade	43
Quadro 5 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e agregado familiar	44
Quadro 6 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e rendimento mensal	44
Quadro 7 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e percepção do estado de saúde	45
Quadro 8 – Distribuição da amostra por dificuldade nas actividades físicas	45
Quadro 9 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na actividade física curvar-se, agachar-se e ajoelhar-se	46
Quadro 10 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na actividade física levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos	47
Quadro 11 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na actividade física alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro	47
Quadro 12 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na actividade física escrever ou manusear e segurar pequenos objectos	48
Quadro 13 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na actividade física andar 400 metros	48
Quadro 14 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na actividade física fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas	49
Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo a dificuldade nas actividades da vida diária	49
Quadro 16 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade e desempenho na actividade de vida diária fazer compras de itens pessoais	50
Quadro 17 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade e desempenho na actividade de vida diária gerir o dinheiro	51

Quadro 18 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade e desempenho na actividade de vida diária andar numa divisão da casa	51
Quadro 19 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade e desempenho na actividade de vida diária realizar tarefas domésticas leves	52
Quadro 20 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade e desempenho na actividade de vida diária tomar banho	52
Quadro 21 – Distribuição da amostra por cinco intervalos de pontuação total do VES-13	53
Quadro 22 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e pontuação total do VES-13	54
Quadro 23 – Associação entre as faixas etárias e a percepção do estado de saúde	55
Quadro 24 – Associação entre as faixas etárias e actividades físicas	55
Quadro 25 – Associação entre as faixas etárias e as actividades de vida diária	56
Quadro 26 – Associação entre o sexo e a percepção do estado de saúde	57
Quadro 27 – Associação entre o sexo e as actividades físicas	58
Quadro 28 – Associação entre o sexo e as actividades de vida diária	58
Quadro 29 – Associação entre o sexo e a pontuação total do VES-13	59
Quadro 30 – Associação entre o estado civil e a percepção do estado de saúde	60
Quadro 31 – Associação entre o estado civil e as actividades físicas	61
Quadro 32 – Associação entre o estado civil e as actividades de vida diária	61
Quadro 33 – Associação entre o estado civil e a pontuação total do VES-13	62
Quadro 34 – Associação entre a escolaridade e a percepção do estado de saúde	63
Quadro 35 – Associação entre a escolaridade e as actividades físicas	64
Quadro 36 – Associação entre a escolaridade e as actividades de vida diária	64
Quadro 37 – Associação entre a escolaridade e a pontuação total do VES-13	65
Quadro 38 – Associação entre o agregado familiar e a percepção do estado de saúde	67
Quadro 39 – Associação entre o agregado familiar e as actividades físicas	68
Quadro 40 – Associação entre o agregado familiar e as actividades de vida	69

diária

Quadro 41 – Associação entre o agregado familiar e a pontuação total do VES-13	70
Quadro 42 – Regressão ordinal entre as variáveis sócio-demográficas e a percepção do estado de saúde	72
Quadro 43 – Regressão linear simples entre as variáveis sócio-demográficas e a pontuação das actividades físicas	73
Quadro 44 – Regressão linear simples entre as variáveis sócio-demográficas e a pontuação nas actividades de vida diária	74
Quadro 45 – Regressão linear simples entre as variáveis sócio-demográficas e a pontuação total do VES-13	75

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Actividades Básicas da Vida Diária

AF – Actividade Física

AIVD – Actividades Instrumentais da Vida Diária

AVD – Actividades da Vida Diária

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

EAI – Equipa de Apoio a Idosos

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

EUA – Estados Unidos da América

PES – Percepção do Estado e Saúde

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

VES-13 – *Vulnerable Elders Survey 13*

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento no Mundo e na Europa

Ao longo da última década do século XX a população e os seus dirigentes têm sido confrontados com novos contornos de uma velha questão: o equilíbrio populacional e a sustentabilidade do planeta. O processo de aceleração do envelhecimento demográfico e o acentuado declínio da fecundidade nos países de crescimento lento, a intensificação dos movimentos migratórios e as grandes concentrações urbanas com a modificação de estilos de vida nos países de crescimento acelerado e ao nível global a par das alterações climáticas, remetem a um desafio que não é novo – o envelhecer da população. No início do século XX a população mundial não tinha atingido os 2 bilhões de indivíduos. Cem anos passados e praticamente triplicou, aproximando-se dos 6 bilhões no final do século (Fernandes, 2008).

A Europa conhece hoje alterações demográficas sem precedentes pela sua escala e gravidade. Em 2003, o crescimento natural da população foi apenas de 0,04% ao ano. Em vários países, a imigração tornou-se crucial para assegurar o crescimento da população. Por todo o lado, a taxa de fecundidade é inferior ao limiar de renovação das gerações (cerca de 2,1 crianças por mulher). Os europeus não têm o número de filhos que desejam, o que atesta bem de todos os condicionalismos que pesam nas escolhas dos casais, incluindo as crescentes dificuldades de acesso à habitação. Mas é também sinal que as famílias, cujas estruturas são variadas mas que formam uma componente essencial da sociedade europeia, não vivem num ambiente que as incite a terem mais filhos.

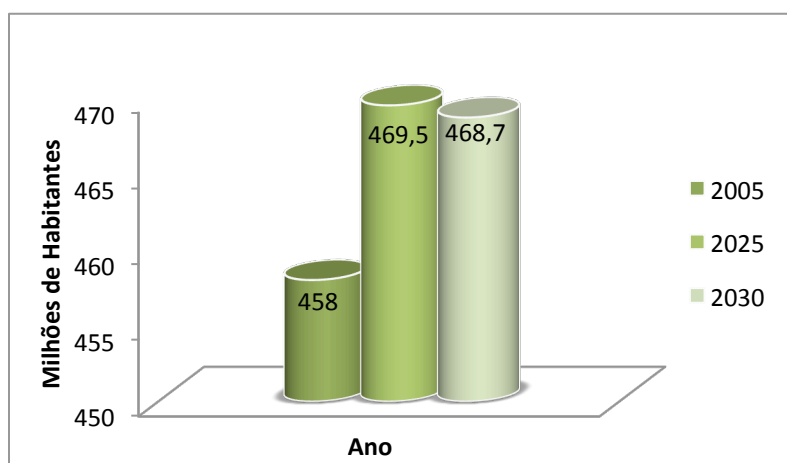


Figura 1 – Crescimento da população na Europa (INE, 2011a).

Para que a Europa inverta a tendência do declínio demográfico, as famílias terão de receber incentivos através de políticas públicas que permitam a homens e mulheres

conciliar a vida profissional e familiar. Acresce que a família continuará a desempenhar um importante papel na solidariedade entre as gerações (Comissão das Comunidades Europeias, Comunicação da Comissão, 2005). A população da União Europeia (EU) deverá crescer ligeiramente até 2025 graças à imigração, antes de começar a decrescer, em que entre 2005 e 2030 prevê-se uma perda de 20,8 milhões de pessoas.

1.2 Envelhecimento em Portugal

A população portuguesa está envelhecida e tem crescido lentamente ao longo das duas últimas décadas.

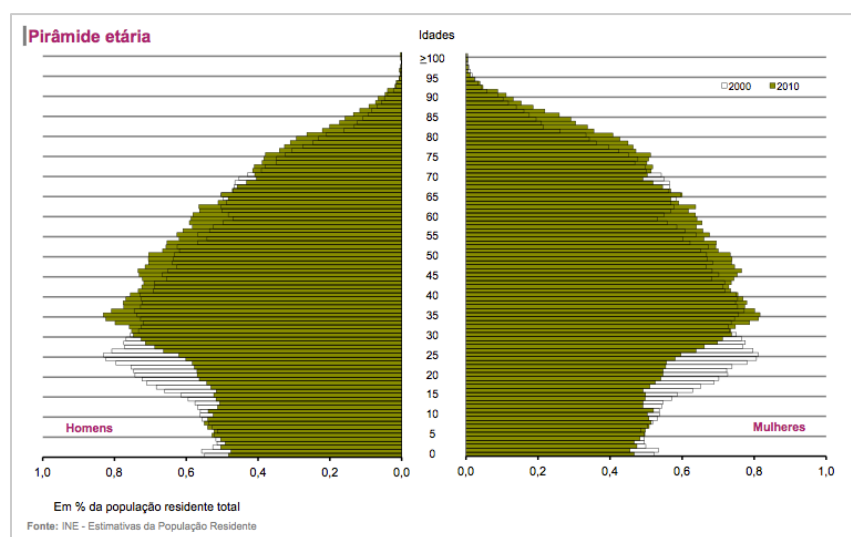


Figura 2 – Pirâmide etária de Portugal (INE, 2011a)

No conjunto dos países europeus, a população portuguesa tem a particularidade de ter envelhecido mais tarde (Fernandes & Botelho, 2007).

Segundo a OMS, um país é considerado estruturalmente envelhecido quando a proporção de idosos ultrapassa os 7% do total da população. Os critérios utilizados para avaliar os ritmos de envelhecimento são a redução da proporção de jovens na base da estrutura etária (envelhecimento da base) e o aumento da proporção de pessoas idosas no topo da pirâmide (envelhecimento do topo).

Também o índice de envelhecimento traduz de forma clara o impacto do crescimento da população com idade superior a 65 anos.

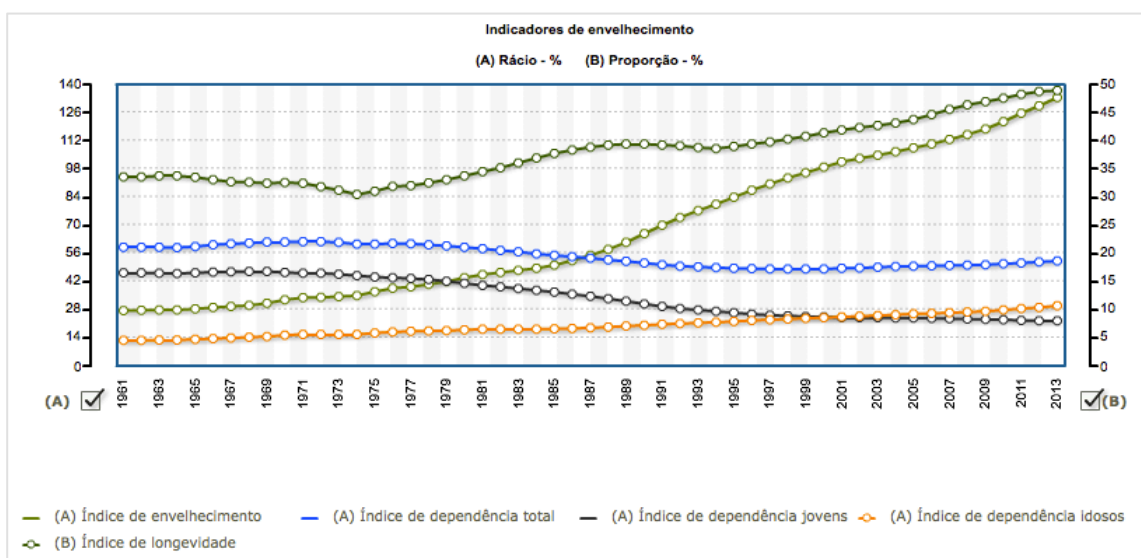


Figura 3 – Indicadores de envelhecimento 1961-2013, em Portugal (PORDATA, 2014a).

O índice de envelhecimento é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens. À data de 2013, este índice estava cotado com 133,5%, deixando para trás o valor sentido no ano de 1961 de 27,5% (ver Anexo I), verificando-se na Figura 3 uma subida considerável da curva correspondente a este índice.

A relação entre a população muito idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos, é expressa pelo índice de longevidade, que a partir do ano de 1975 aumentou quase exponencialmente, com um pequeno efeito plateau no início da década de 90. Também o índice de dependência de idosos tem vindo ao longo dos anos a aumentar de forma discreta, estando à data de 2013 nos 29,9%, o que representa o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade activa, entre os 15 e os 64 anos (PORDATA, 2014a).

Em 2001, a percentagem de população idosa, 65 e mais anos, na cidade de Lisboa era de 23,6% e a de grandes idosos, 75 e mais anos, representava 10,3% da população total da cidade. No conjunto da população idosa, 43,6% já tinham 75 ou mais anos. As alterações das estruturas familiares têm tido repercussões também ao nível das famílias de pessoas com 65 ou mais anos, sendo que em 2001 estes constituíam 14% das famílias clássicas da cidade de Lisboa e destas, 11,8% eram famílias unipessoais constituídas por mulheres. Salienta-se a feminização do envelhecimento, com 82,1% (27 734) da população com 65 ou mais anos do sexo feminino, a viverem sós. A estimativa do Instituto Nacional de Estatística (INE) para 2006 aponta para uma redução muito ténue da taxa de população com 65 ou mais

anos, mas para um aumento da população idosa nos escalões etários mais elevados (mais de 75 anos), reflexo do índice de longevidade estimado, bastante superior ao da média da Região de Lisboa (49,3%, para o concelho de Lisboa e 42,5%, para a Região de Lisboa) (Belo et al., 2009).

Esta transição epidemiológica está associada ao aumento de problemas relacionados com a saúde da população idosa com predominância para as doenças crónicas e suas complicações (a exemplo, sequelas provenientes de acidentes vasculares cerebrais; cancro e doenças músculo-esqueléticas; limitações provocadas por insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crónica; amputações e cegueira provocadas por diabetes; dependência decorrente da doença de Alzheimer; fracturas provenientes de quedas) (Pinto, Fernandes e Botelho, 2007).

As alterações das estruturas demográficas têm sido acompanhadas com acréscimos, em anos de vida, possibilitados pela diminuição da mortalidade sobretudo da mortalidade infantil e, por consequência, do aumento da esperança de vida, decorrente da melhoria das condições de vida e da qualidade dos serviços de saúde (Gil, 2007). Significativos são também os ganhos de esperança de vida aos 65 anos entre 1970 e 2004, pois estima-se que os homens que atinjam os 65 anos vivam em média mais 16 anos e as mulheres mais 19 anos. Apesar das diferenças entre homens e mulheres, em termos de esperança de vida, pela maior sobre mortalidade masculina, registam-se, neste mesmo período, “ganhos traduzidos em 1,65 anos de vida para as mulheres e 1,63 para os homens. Enquanto os homens que chegam aos 80 anos, podem viver mais um ano do que dez anos antes, as mulheres conseguiram um ganho mais modesto (0,7 anos).” (Carrilho & Patrício, 2005, cit. Gil 2007). Ainda que a esperança de vida dos homens seja inferior em todos os grupos etários, quando comparada à das mulheres, a percentagem de anos que os homens podem viver sem incapacidade é superior à das mulheres. Partindo do grupo etário de 85 e mais anos verifica-se que a esperança de vida feminina é de 4,56 anos, dos quais só 0,44 poderão ser vividos sem qualquer tipo de incapacidade (9,7% da esperança de vida deste grupo etário), o que significa que as mulheres vivem mais tempo, mas com mais incapacidade. A esperança de vida masculina é menor, correspondendo a 3,87 anos no grupo etário dos 85+ anos, mas, em contrapartidas, poderão viver 0,52 anos sem nenhuma incapacidade (13,4% da sua esperança de vida), independentemente da natureza da incapacidade (Instituto Nacional de Estatística, 2011b).

1.3 Políticas Públicas e Respostas Sociais no envelhecimento populacional

Decorrente deste viver até mais tarde, em Portugal, a preocupação com as políticas sociais dirigidas para as pessoas mais velhas começou a ganhar relevo na década de 70. Os aspectos do envelhecimento da população portuguesa e da política de velhice foram abordados pela primeira vez na sessão número 169 da Assembleia da República, a 13 de Fevereiro de 1969. Subjacente à definição dos objectivos daquilo que deveria ser uma política para a “terceira idade”, conceito inovador na época, estava o reconhecimento da necessidade de intervenção pública de modo a suprir as lacunas provenientes de uma política de reforma ineficaz e insuficiente (Vaz, Silva & Sousa, 2003). Ficando a década de setenta do século XX como a época em que se começou a falar dos problemas da população idosa e de políticas de velhice, é no ano de 1974 que, o programa de acção do II Governo Provisório, não valorizou esta como prioridade no conjunto das medidas de política social, de adopção de novas providências na invalidez e velhice, indicando algumas medidas decorrentes de um diagnóstico preliminar dos problemas. As medidas propostas eram apenas correctivas, como a criação de unidades residenciais para acolhimento das pessoas idosas sem família e a total remodelação dos asilos de “terceira idade”. Este princípio defende também uma política social expressa em prestações sociais, serviços sociais e acção social.

A velhice apresenta, hoje em dia, novos contornos delineados a partir da identificação dos problemas: a necessidade de integração na comunidade é o eixo em torno do qual devem girar as futuras medidas de política de velhice, onde a interdependência entre o Estado e os sistemas privados de prestação de serviços à população idosa deve assumir primordial importância (Vaz, Silva & Sousa, 2003).

Com base no princípio de melhorar as condições de vida das pessoas idosas, com maior incidência naquelas em que a família não existe ou é negligente, surgiu um conjunto de bens, serviços e equipamentos diversificados, salientando-se os Centros de Convívio, Centros de Dia, Centro de Acolhimento Temporário de Idosos, Lares de Terceira Idade (actualmente designados por Estruturas Residenciais para as Pessoas Idosas – ERPI) e o Serviço de Apoio Domiciliário. Estes emergiram na lógica de produção de bens e agentes encarregues de os gerir, cujos consumidores massivos seriam as pessoas idosas (Gil, 2009).

Actualmente, em Portugal, continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos e, as redes formais de protecção social, onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de

prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais (IDS, 2002, cit. Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP), 2009).

As relações entre os dois tipos de redes de suporte identificadas, podem ser de complementaridade ou de substituição. Atente-se por exemplo no caso de um dependente que passa o dia no Centro de Dia e o período pós-laboral na sua residência, ou na residência de familiares, beneficiando do apoio destes. Na actualidade, a ausência de políticas de protecção social para pessoas em situação de dependência, devido a doença crónica, é evidente. Existem, a prestação de protecção social designada complemento por dependência, benefícios fiscais evidentemente restritos e a rede nacional de equipamentos sociais. Comparando as várias fases do ciclo de vida, são inegáveis os avanços conseguidos, nas últimas décadas, no apoio à infância, ainda que considerados por vezes insuficientes, quando comparados a outros países europeus, com uma tradição natalista, implementada desde há muito (Gil, 2009).

Da evolução histórica da rede de equipamentos para idosos conclui-se que, na última década, se tem dado especial ênfase a uma política social que privilegie a manutenção da pessoa idosa no domicílio (Reilly, 2006 cit. por Gil, 2009). Esta constatação é tanto mais evidente se comparamos os dados referentes ao número de equipamentos sociais de apoio a idosos, com especial destaque para o centro de dia, o centro de convívio e o serviço de apoio domiciliário. A valorização de respostas sociais que privilegiem a manutenção da pessoa idosa no seio da sua comunidade tem sido uma tendência constante na última década. Segundo a UNIFAI (2007, cit. por Gil, 2009), e de acordo com a taxa de utilização dos equipamentos calculados para a população idosa, são, maioritariamente, as pessoas com idade igual ou superior a 85 anos os principais utilizadores destes equipamentos, em maior proporção nos serviços de apoio domiciliário e nos lares de idosos (ERPI). De acordo com a taxa de capacidade, o lar apresenta um maior *deficit* entre o número de vagas disponíveis, comparativamente ao Centro de Dia que apresenta o maior número de vagas, seguida dos Serviços de Apoio Domiciliário.

Neste contexto, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML, 2014), com uma história de cuidar com 514 anos, assume em Portugal um modelo a seguir, inovadora e pioneira em muito do que hoje se pratica na acção social do país. Com uma vasta acção e apoio dentro da cidade de Lisboa, tem-se dedicado nas últimas décadas ao aperfeiçoamento dos serviços e cuidados que presta às pessoas idosas. Conta neste momento com uma vasta rede de equipamentos sociais, desde Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas em regime de internamento permanente ou

temporário, Residências Assistidas, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário.

As Equipas de Apoio a Idosos (EAI) são equipas de cariz comunitário, interdisciplinares de âmbito misto (geográfico – freguesia (s) e específico – área de idosos), integradas na Acção Social de Proximidade, destinadas a acolher, atender e acompanhar cidadãos com idade igual ou superior a 65 anos, em situação de isolamento social, familiar e de vulnerabilidade social.

As EAI estão em funcionamento desde 2006 e são constituídas por três técnicos, Assistente Social, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional e ainda uma Auxiliar de Apoio.

A sua dinâmica de abordagem promove uma intervenção por forma a garantir uma resposta célere e atempada, um acompanhamento personalizado e um trabalho de rede/parceria, que permita melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas isoladas e em situação de vulnerabilidade, conforme Deliberação de Mesa da SCML nº 1122 de 11/06/2013.

1.4 Envelhecimento, morbilidade e incapacidade

Indo ao encontro do paradigma de cuidar actual, as pessoas idosas preferem viver de forma independente nas suas casas ou em contextos comunitários, facto que tem sido provado ao longo de vários estudos desenvolvidos na comunidade (Sabia, 2008, citado por Tang & Lee, 2010). Num estudo de largo espectro levado a cabo nos Estados Unidos da América, os investigadores verificaram que 90% das pessoas com 65 ou mais anos preferem permanecer na sua casa o máximo de tempo possível e 82% referem o desejo de permanecer na comunidade a que pertencem apesar do possível aumento de necessidade de cuidados. Desta forma, o que se tem vindo a verificar de forma global em vários países de aumento de empresas/instituições prestadoras de apoio domiciliário reflectem a premissa de *aging in place*.

Nas colecções sobre envelhecimento no *The Lancet*, Prince *et. al* (2014) referem que a intervenção efectiva junto das pessoas idosas é complicada pelo idadismo, morbilidade complexa e pelo não acesso a cuidados apropriados durante o envelhecimento, sendo ainda exacerbado pelas participações para o pagamento dos serviços, rendimentos inadequados e insuficiente segurança e protecção social. A avaliação e o tratamento tem que ser holístico, coordenado e centrado na pessoa. A abordagem deverá ser *home-based* (em contexto domiciliário), através de uma avaliação multidimensional de fragilidades que poderão ser tratadas ou minimizadas, no sentido de ajudar a reduzir os efeitos individuais e sociais da incapacidade e dependência. Os autores destacam ainda que o fardo existente de doenças crónicas nas pessoas mais velhas está sobretudo relacionado com doenças cardiovasculares,

neoplasias malignas, doenças respiratórias crónicas, doenças músculo-esqueléticas, perturbações mentais e neurológicas, infecções, lesões não intencionais, diabetes mellitus, doenças do aparelho digestivo, infecções respiratórias e doenças dos órgãos dos sentidos. O custo global mundial com o peso das doenças é atribuído em 23% às pessoas com mais de 60 anos.

A existência de várias doenças crónicas numa mesma pessoa é conhecida como multimorbilidade/comorbilidade e representa um desafio importante na gestão de sistemas de cuidados de saúde nos países desenvolvidos. Abad-Díez *et. al* (2014) desenvolveu um estudo no território espanhol, em pessoas com 65 ou mais anos, tendo constatado que 67,5% da população idosa sofre de duas ou mais doenças crónicas. De salientar as diferenças de género encontradas, onde as mulheres têm um padrão de comorbilidade mais prevalente que os homens, devido provavelmente à maior esperança de vida e à pior saúde que tendem a apresentar.

1.5 Avaliação das pessoas idosas

Na perspectiva da abordagem bio-psico-social, holística e centrada na pessoa, o conceito de avaliação multidimensional da pessoa idosa (*comprehensive geriatric assessment*) torna-se essencial (Mohile, 2007). Esta avaliação inclui as dimensões da comorbilidade, funcionalidade, desempenho físico, capacidades cognitivas, estado psicológico, medicação e suporte social. O grande objectivo é através desta avaliação completa e integrada contribuir para o prolongamento da vida, prevenção da hospitalização, prevenção da institucionalização, prevenção dos síndromes geriátricos, o reconhecimento do défice cognitivo e a melhoria do estado de saúde. Decoster *et. al* (2014) refere que a avaliação geriátrica permite aos profissionais de saúde um melhor conhecimento global do estado de saúde das pessoas idosas, assim como da probabilidade individual de sobrevivência e permite direccionar as intervenções. No entanto, esta avaliação consome muito tempo pelo que o recurso a instrumentos de rastreio poderão indicar quais as pessoas que necessitam desta avaliação geriátrica. Estes instrumentos não substituem a avaliação multidimensional. Estes autores analisaram vários instrumentos, entre os quais o VES-13 e concluíram que se apresenta como um bom instrumento de detecção de declínio funcional.

O principal objectivo dos cuidados prestados às pessoas idosas é a manutenção da sua capacidade de desempenho para as actividades básicas e de auto-suficiência como tomar banho, vestir, usar a casa de banho, transferir-se da cama ou de uma cadeira e comer sem assistência. Estas, designadas como actividades básicas da vida diária (ABVD) são fundamentais para a manutenção da independência da pessoa

idosa e contribuem activamente para a sua qualidade de vida (Covinsky *et. al*, 2003a). A perda de independência a este nível está fortemente associada à institucionalização, exaustão do cuidador, grande consumo de serviços e morte. Num estudo realizado sob este prisma, foi colocada a hipótese de um aumento da vulnerabilidade com a idade, decorrente da hospitalização por doença das pessoas idosas (n=2290). Os investigadores apuraram que a grande maioria das pessoas idosas que recebem alta saem com uma capacidade funcional pior do que aquela com que foram admitidas no hospital, sendo os mais idosos o grupo mais afectado e com menos potencial de recuperação no domicílio.

1.6 Vulnerabilidade nas pessoas idosas

No contexto do estudo dos fenómenos que acontecem durante do processo de envelhecer, surge o conceito de **vulnerabilidade**, que tem atraído investigadores e profissionais preocupados em definir, avaliar, identificar e intervir em conformidade. Os principais pólos científicos que se debruçam sobre este conceito, as Ciências Médicas e as Ciências Sociais e Humanas têm definido a vulnerabilidade conforme a sua especificidade. Em particular neste trabalho, pretendemos olhar para o conceito na sua totalidade, de forma holística e concertada. Salmazo-Silva (2012) refere a necessidade de serem identificadas as pessoas idosas expostas a eventos adversos e susceptíveis a danos ao bem-estar e saúde. Especifica referindo que a vulnerabilidade é um conceito amplo, complexo e multidimensional, incluindo as dimensões relacionadas com o funcionamento biológico, psicológico, espiritual e cultural, social e ambiental. Ayres et al. (2003 in Rodrigues & Neri, 2012) sugere que a vulnerabilidade seja olhada segundo três categorias, individual, social e programática. A primeira diz respeito aos aspectos biológicos, cognitivos, emocionais e atitudinais. A vulnerabilidade social refere-se ao suporte social, às representações sociais e aos aspectos económicos que influenciam directamente o acesso a bens e serviços. Por último a categoria programática é caracterizada pelos serviços e acesso aos mesmos, à qualidade dos programas institucionais desenvolvidos para as pessoas idosas, sendo assim determinantes para a condição de saúde e bem-estar deste público-alvo. Num estudo levado a cabo pelos autores Rodrigues & Neri (2012), estes recrutaram uma amostra de pessoas idosas a residirem na comunidade (n=688) e avaliaram as categorias acima descritas relativas à vulnerabilidade da seguinte forma: 1. Social – idade, género e rendimentos; 2. Individual – número de doenças, sinais e sintomas, capacidade funcional ao nível das Actividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária e suporte social percebido; 3. Programática – acesso aos serviços de saúde. Desta

forma, foi-lhes possível caracterizar a amostra e concluir que as variáveis que estão relacionadas à vulnerabilidade são o acesso e utilização dos serviços de saúde, os rendimentos e o suporte social.

No contexto da saúde, Saliba *et. al* (2001) desenvolveu um instrumento de avaliação para identificar pessoas idosas vulneráveis a residir na comunidade, inserido no projecto *Assessing Care of Vulnerable Elderly (ACOVE)*, que decorreu nos Estados Unidos da América. Desde então, o *Vulnerable Elders Survey (VES-13)* tem sido amplamente utilizado em estudos de investigação. Os autores definem pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, como as pessoas que apresentem 65 ou mais anos, que se encontram com um risco acrescido de declínio funcional ou terão mais probabilidade de morte num período de dois anos. Esta definição tem por base dois resultados em saúde, declínio funcional e/ou morte e não a doença ou a utilização de serviços (como futuras hospitalizações ou gastos em saúde). Esta definição pretende abranger as pessoas “tipicamente rotuladas como frágeis”, isto é, pessoas idosas com um risco elevado a moderado declínio funcional ou morte. Como factores preditivos de base para o declínio funcional ou morte, através de uma revisão da literatura, os autores encontram evidência na idade, funcionalidade, comportamentos em saúde, rendimentos e patologias/sintomas. Aqui, o declínio funcional é definido como a mudança de nenhuma para uma ou mais incapacidades ou a integração em unidades residenciais. A operacionalização destes factores preditivos acontece pelo instrumento desenvolvido e testado numa amostra de pessoas idosas a residirem na comunidade (n=6200), contendo a idade, a percepção do estado de saúde, dificuldade no desempenho de actividades físicas e em actividades básicas e instrumentais da vida diária. Para a construção deste instrumento os autores colocaram como hipóteses quatro modelos distintos que testaram com a recolha de dados. Verificaram que para a triagem de pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, os dois modelos que apresentavam maior eficácia eram (1) os parâmetros de avaliação do VES-13 (pontuação final de 0-10) e (2) estes parâmetros combinados com condições de saúde auto-reportadas. Este segundo modelo não apresentou previsibilidade de declínio funcional ou morte num período de 2 anos. Desta forma, o modelo escolhido, através deste estudo, permitiu concluir, após avaliação em follow-up, que as pessoas com uma pontuação final de 3 ou mais têm 4.2 vezes mais probabilidade de num período de dois anos sofrerem um declínio funcional grave ou morte.

Min *et. al* (2006) utilizaram o VES-13 no sentido de perceberem, num estudo de follow-up, se os valores mais elevados do instrumento (acima de 3) eram preditivos de declínio funcional e/ou morte num período inferior a 2 anos. O objectivo da identificação destas pessoas idosas com elevado risco e em situação de

vulnerabilidade comprovada, passava por concretizar uma intervenção de proximidade, conjugando os serviços de saúde e serviços sociais para prevenir este desfecho preditivo. Concluem que as pessoas idosas com resultados de 5-10 que recebiam cuidados geriátricos integrados de qualidade superior experienciavam significativamente uma menor taxa de mortalidade em comparação com os receptores de cuidados inferiores.

Num estudo prospectivo de 5 anos, Min *et. al* (2009), utilizaram o VES-13 com o objectivo de testar as propriedades do instrumento para um período de follow-up mais alargado, numa amostra de 649 indivíduos, tendo obtido como principais resultados o facto de valores de pontuação mais elevados estarem associados a declínio a nível funcional e ao nível da saúde, podendo assim este instrumento de triagem e rastreio contribuir para a tomada de decisão em contexto clínico.

Em resposta a uma população cada vez mais envelhecida com necessidades emergentes de tratar e prevenir a incapacidade, os instrumentos de rastreio permitem identificar as pessoas idosas em situação de vulnerabilidade. O VES-13 é um instrumento de rastreio simples que pode ser administrado por profissionais de saúde não médicos, num tempo aproximado de dez minutos por telefone. Os inquiridos não precisam de compreender vocabulário médico complexo, como comorbilidades, medicação ou valores laboratoriais, mas sim descrever a sua capacidade de desempenho no quotidiano. São considerados como parâmetros de avaliação a idade, a percepção do estado de saúde, a capacidade de executar actividades físicas específicas e o desempenho em actividades básicas e instrumentais da vida diária. O instrumento atribui uma pontuação quantitativa onde a partir de uma pontuação de 3 ou mais valores, o VES-13 sinaliza pessoas idosas que têm em média 4.2 vezes mais probabilidade de sofrer declínio funcional ou morrer num período de 2 anos ou menos. Para pontuações acima de 5, a previsão deste instrumento fica mais sensível e tem a capacidade de previsibilidade numa janela de tempo de 1 ano (Luz *et. al*, 2015; Min *et. al*, 2009).

Num estudo levado a cabo na Irlanda, McGee *et. al* (2008) utilizaram o VES-13 numa amostra de pessoas idosas na comunidade para perceber se este instrumento seria preditor da utilização dos serviços de saúde. Através dos resultados obtidos puderam concluir que as pessoas categorizadas como vulneráveis tinham consultas com o médico de família mais frequentes, tinham um maior número de visitas domiciliárias da equipa de enfermagem e outros profissionais e recorreram mais vezes ao serviço de urgência. Consideraram que o VES-13 se constitui como um instrumento de predição de risco, sendo útil na triagem para uma avaliação mais aprofundada, com uma consequente intervenção mais dirigida e ser também útil para o planeamento de

programas de prevenção do declínio funcional e idade avançada.

Pessoas idosas numa fase avançada de fragilidade têm um curso de final de vida ao nível da funcionalidade pautado por uma deterioração funcional lenta e progressiva, apenas com uma ligeira aceleração na trajectória da perda emocional muito próximo da morte. No estudo levado a cabo por Covinsky *et. al* (2003b), foi possível constatar que não existem mudanças abruptas ao nível da funcionalidade que possam dar um sinal do início da fase terminal em pessoas idosas frágeis. O que se verificou é que o declínio na progressão ocorre gradual e progressivamente.

Num estudo levado a cabo na Finlândia, Winblad *et. al* (2001) analisaram a prevalência de incapacidade em três cohorts de nascimento diferentes e em três momentos distintos, o inicial, após 10 anos e por fim após 20 anos. O estudo desta problemática toma particular relevo aquando do planeamento da prestação de serviços e cuidados ao nível da saúde. O aumento dos anos de vida tem duas leituras que devem ser comprovadas. Se por um lado a maior esperança de vida for uma consequência do declínio de incidência de doenças, obviamente será acompanhada de melhorias ao nível da saúde. Por outro lado, se o viver mais anos se deve à alternativa de que pessoas doentes são salvas da morte, o tempo passado com a saúde doente aumenta e, a longevidade, não será acompanhada de melhorias na saúde. Segundo os autores, a maioria dos estudos feitos nesta matéria têm comprovado a segunda teoria. Neste estudo o resultado fulcral encontrado foi que os principais factores de risco para a incapacidade na pessoa idosa foram o **sexo feminino e a idade avançada**.

A associação entre o estatuto sócio-económico e a saúde têm sido amplamente estudados e comprovados. Neste estudo, Zimmer & House (2003) procuraram perceber de que forma a educação e o rendimento explicaram a progressão de alterações funcionais e problemas de saúde. Numa amostra de mais de 3500 idosos americanos, verificaram que aqueles que apresentavam maior rendimento e educação estariam menos predispostos a experienciar o início de alterações ao nível da saúde, estando apenas o rendimento relacionado com a progressão destas alterações. Ainda, os que apresentavam maior rendimento tinham mais capacidade para mostrar melhorias e menos probabilidade de piorar em comparação com as pessoas idosas com baixos rendimentos. Desta forma, a educação, que começa no início da vida, vai influenciar os mecanismos psicossociais ao longo do curso da vida e poderá ter um grande impacto na prevenção de perturbações na funcionalidade. O papel do rendimento acontece enquanto factor de prevenção e enquanto mecanismo activo na gestão dos problemas de saúde.

De acordo com Jylhä (2009), a **percepção do estado de saúde – PES** (*self-rated*

health – SRH) é um progresso cognitivo activo não guiado por regras e consentimentos formais ou definições de saúde. Esta autora refere ainda que este conceito se traduz numa concepção individual e subjectiva que está relacionada com o indicador biológico mais forte, a morte, e constitui a separação entre, por um lado, a esfera social e as experiências psicológicas e por outro a esfera biológica. Desta forma, responder à pergunta “Diria que a saúde é, de uma forma geral excelente, muito boa, boa, razoável ou má?” poderá sumarizar as dimensões da saúde que são mais significativas para cada pessoa. Este indicador é actualmente considerado como um dos mais importantes resultados em saúde centrados no cliente e é recomendado essencialmente como ferramenta na triagem de doenças de risco, como indicador nos cuidados de saúde primários e como parte integrante de estudos científicos e ensaios clínicos (Rohrer, 2007 citado por Arnadottir, 2011).

Em 1982, Mossey & Shapiro, testaram a importância da percepção do estado de saúde como factor preditivo da mortalidade em pessoas idosas, independentemente do estado objectivo de saúde avaliado pelo médico. Foram avaliadas as variáveis exame objectivo do estado de saúde, idade, sexo, satisfação com a vida, rendimento, residência urbana/rural. Foi avaliado em dois momentos de follow-up, o risco de mortalidade precoce e mortalidade tardia. Para as pessoas que responderam terem uma má percepção do seu estado de saúde, tiveram 2,92 vezes (precoce) e 2,77 vezes (tardia) mais probabilidade de morrerem do que as pessoas que avaliaram o seu estado de saúde como excelente. O aumento do risco de morte associado à má percepção do estado de saúde foi mais relevante do que o exame objectivo mau, fraca satisfação com a vida, baixo rendimento ou ser homem. Segundo os autores, este estudo produziu conhecimento empírico que faz acreditar que a forma como a pessoa idosa vê a sua saúde é fundamental para a sua saúde objectiva. Desde então têm sido desenvolvidos inúmeros estudos que utilizam este indicador na avaliação da pessoa idosa, quer ao nível das ciências médicas quer das ciências sociais e humanas.

Estudos recentes têm demonstrado que pessoas em isolamento social e a viverem sozinhas apresentam piores resultados em saúde, ressaltando a ideia de que deverá ser dada especial atenção às pessoas idosas nesta circunstância de vida. No sentido de perceber como medir esta preocupação, Perissinotto & Covinsky (2014), analisaram os resultados de um estudo de largo espectro desenvolvido na comunidade e concluíram que para se conseguir identificar quais as pessoas idosas que se encontram como elevado risco para resultados de saúde adversos, não é suficiente perguntar pelo rol de doenças crónicas, nem apenas se vivem sozinhas. É importante perceber qual o suporte social percebido pelas pessoas e se este poderá ajudar na esfera funcional e nas actividades do quotidiano. Os autores referem ainda

que perguntar pela dificuldade que as pessoas sentem no tomar banho, no vestir e na mobilidade poderá ser tão importante como o tradicional exame de revisão de sintomas, sendo igualmente fulcral perceber como é que a pessoa funciona no exterior, como se desloca na comunidade, faz compras, gere o seu dinheiro ou toma a medicação.

O **declínio funcional** é normalmente um início insidioso de manifestações do envelhecimento e deverá ser conhecido o mais precocemente possível. É essencial que, para as pessoas idosas que vivem na comunidade, seja aplicado um rastreio sensível que consiga detectar o declínio funcional insipiente. Numa revisão da literatura sobre esta matéria, os autores concluíram, pela atribuição de clusters, que deverão ser abordados junto das pessoas idosas a viverem no seu domicílio os seguintes domínios: estado de saúde, capacidade de desempenho, participação, demografia, antropometria e relação com prestadores de cuidados de saúde (Beaton, McEvoy & Grimmer, 2015).

Segundo Harris *et. al* (1989), a **capacidade física** era um factor importante capaz de prever o risco de morte em determinado período de tempo. Através de um estudo longitudinal sobre o envelhecimento decorrido em 1984, os autores constataram que as pessoas idosas residentes na comunidade, com 80 ou mais anos, capazes de andar 400 metros, levantar um peso de 5 quilos, descer e subir 10 degraus sem pausas e curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se, não apresentariam qualquer tipo de incapacidade física. A escala de Rosow-Breslau foi um questionário desenvolvido na década 60 com o objectivo de avaliar a dificuldade relativa ao desempenho de **actividades físicas** do quotidiano por pessoas com mais de 65 anos. Apesar dos itens desta escala serem fisicamente desafiantes, são efectivamente tarefas indispensáveis para as pessoas idosas que residem na comunidade (VanSwearingen & Brach, 2001). Wilson *et. al* (2006) utilizaram como instrumento de medida no seu estudo, relativo à incapacidade na idade avançada, a escala de Rosow-Breslau, um instrumento de auto-percepção da mobilidade física. Os participantes do estudo foram inquiridos quanto à sua dificuldade no desempenho de tarefas de actividade física e se estes necessitavam ou não de ajuda para as fazer. Qualquer pessoa que manifestasse precisar de ajuda numa ou mais tarefas era classificada como incapaz. Esta escala (1966 citado por Guralnik, 1991) avalia a incapacidade física através do desempenho nas seguintes tarefas: subir e descer dois lances de escadas, andar 400 metros e fazer tarefas domésticas pesadas.

Cronin-Stubbs *et. al* (2000) desenvolveu um estudo com pessoas idosas residentes na comunidade acerca da evolução da incapacidade física associada aos sintomas depressivos. Utilizaram como instrumento de medida para avaliar a capacidade física

a Escala de Rosow-Breslau e o Índice de Nagi. A incapacidade física é definida como a dificuldade no desempenho das actividades diárias que são necessárias ao funcionamento de forma independente. Os autores utilizaram o Índice de Katz (Katz *et. al*, 1963) para além das escalas já referidas. A Escala de Rosow-Breslau é constituída pelos itens subir e descer escadas, andar 400 metros e realizar tarefas domésticas pesadas. O Índice de Nagi (Nagi, 1976) avalia as actividades físicas curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se, elevar os braços acima do nível dos ombros, escrever ou manusear pequenos objectos e puxar ou empurrar uma cadeira. Este Índice avalia a força e as funções motoras básicas do membro inferior e membro superior.

Chang & Tamura (2009) reflectiram sobre as metodologias para avaliar a qualidade de vida e o estado funcional das pessoas idosas. Através da revisão da literatura analisaram de entre vários instrumentos de avaliação funcional a Escala de Rosow-Breslau e o Índice de Nagi. Em oposição às escalas de avaliação das actividades básicas e instrumentais da vida diária, a Escala de Rosow-Breslau e o Índice de Nagi avaliam actividades físicas específicas e por isso mesmo poderão ser muito úteis na identificação de áreas para intervenção especializada.

Em 1996, Beckett *et. al*, analisou num estudo de quatro populações de pessoas idosas de zonas geográficas diferentes, com um follow-up de cinco anos, as mudanças na capacidade física auto-reportada tendo como instrumentos de medida o Índice de Katz, a Escala de Rosow-Breslau e o Índice de Nagi. Como principais conclusões, os autores referem em primeiro lugar que em média, o declínio funcional associado à idade é maior do que aquele que teria sido previamente enunciado em estudos anteriores. O padrão de declínio não aparece de forma linear mas tende a acelerar com o aumento da idade. Em segundo lugar a evidência de que existe uma grande variação individual. Em média, o padrão de declínio funcional resulta dos indivíduos da amostra a relatarem o declínio na função física e, um pequeno mas substancial grupo de pessoas consegue recuperar a função perdida. Esta evidência de recuperação é especialmente importante porque indica o potencial para reverter a incapacidade mesmo nas pessoas muito idosas. Em terceiro lugar o facto do declínio individual ser consistentemente maior nas mulheres do que nos homens em todas as faixas etárias a partir dos 65 anos. Para além de apresentarem maior declínio funcional as mulheres têm menos probabilidade de recuperar a incapacidade física instalada.

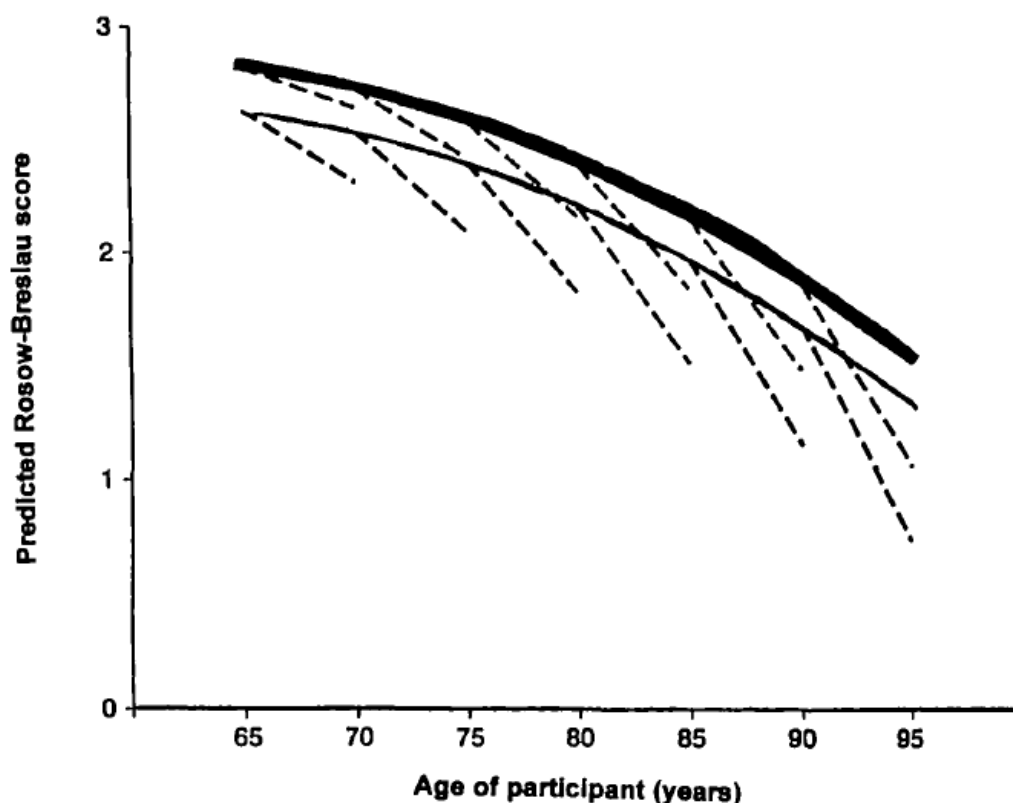


Figura 4 – Score preditor da Escala Rosow-Breslau e mudanças longitudinais por sexo e idade.

Média do score preditor na *baseline* para os indivíduos da amostra de acordo com a sua idade inicial (Beckett *et. al*, 1996).

Legenda do traçado: linha grossa contínua – homens; linha fina contínua – mulheres; linha média descontinua – média do declínio funcional pelo modelo para os dois sexos para cada idade, após 5 anos.

A **incapacidade** vivida pela pessoa idosa refere-se aos aspectos negativos entre o indivíduo e o seu ambiente, tais como défices, limitações na actividade e restrições à participação. Geralmente esta incapacidade é avaliada com base na dificuldade que as pessoas experienciam na realização da sua vida quotidiana (WHO, 2001, citado por Millán-Calenti *et. al*, 2010). De acordo com a CIF (DGS, 2004) as **actividades básicas da vida diária** são definidas como aquelas actividades essenciais para uma vida independente, enquanto as **actividades instrumentais da vida diária** são mais complexas e requerem um nível mais elevado de autonomia. Um score favorável nas AIVD implica suficiente capacidade de toma de decisões e de maior interacção com o ambiente. Com base nestas diferenças é possível afirmar que alterações nas AIVD normalmente antecedem défices nas ABVD (Judge, *et. al*, 1996, citado por Millán-Calenti *et. al*, 2010). Stineman *et. al* (2012), desenvolveu uma investigação no sentido de perceber qual a associação directa entre cinco graus de desempenho nas actividades de vida diária e a mortalidade nas pessoas idosas, após controlar os factores de risco como diagnósticos médicos e características sócio-demográficas.

Concluíram que os graus de maior dependência continuam a explicar o risco de mortalidade após ajuste dos principais factores de risco presentes incluindo a idade avançada, acidente vascular cerebral e cancro. Os autores referem ainda de extrema importância, mais do que o conhecimento do score total do instrumento e do grau em que este classifica a pessoa idosa, o conhecer e identificar de forma qualitativa quais as AVD em défice acima do número total de AVD comprometidas por incapacidade. Isto é, apesar do facto do maior número de limitações indicar maior severidade na incapacidade, o padrão específico das limitações nas AVD permanece obscuro pois as limitações em diferentes padrões de AVD produzem um igual valor numérico. É necessário ter em conta a especificidade das AVD em défice para atribuir o apoio e suporte adequados. Por exemplo, o tipo de ajuda a prestar a uma pessoa com limitações na deslocação e utilização da casa de banho é totalmente diferente do que se a pessoa refere ter dificuldade e precisar de ajuda para fazer as compras e pagar as contas, no entanto, em ambos os casos estão comprometidas duas AVD. Investigadores do Reino Unido desenvolveram um estudo com pessoas idosas com 85 e mais anos onde um dos objectivos era criar uma escala hierarquizada da perda de capacidade para as actividades básicas e instrumentais da vida diária. Kingston *et. al* (2012) perceberam que existiam claras diferenças ao nível do sexo masculino e feminino, onde as mulheres apresentavam mais dificuldade no fazer compras e nas tarefas domésticas pesadas e os homens manifestam com maior dificuldade andar 400 metros, sendo que para dos dois sexos as primeiras sete (em dezassete) ABVD e AIVD que reportam maior dificuldade eram cortar as unhas dos pés, fazer compras, utilizar escadas, andar 400 metros, tarefas domésticas pesadas, tomar banho e gerir o dinheiro.

Posição Hierárquica	Homens + Mulheres	Homens	Mulheres
1 Mais dificuldade (primeira a ser perdida)	Cortar unhas dos pés	Cortar unhas dos pés	Cortar unhas dos pés
2	Ir às compras	Andar 400 metros	Ir às compras
3	Utilizar as escadas	Utilizar as escadas	Tarefas domésticas pesadas
4	Andar 400 metros	Ir às compras	Utilizar as escadas
5	Tarefas domésticas pesadas	Tarefas domésticas pesadas	Andar 400 metros
6	Tomar banho	Tomar banho	Tomar banho
7	Gerir o dinheiro	Transferência de/para cadeira	Gerir o dinheiro
8	Cozinhar uma refeição quente	Gerir o dinheiro	Andar pela casa
9	Andar pela casa	Cozinhar uma refeição quente	Cozinhar uma refeição quente
10	Transferência de/para cadeira	Andar pela casa	Transferência de/para cadeira
11	Tarefas domésticas leves	Tarefas domésticas leves	Tarefas domésticas leves
12	Transferência de/para sanita	Vestir/despir	Transferência de/para sanita
13	Gerir a medicação	Transferência de/para sanita	Gerir a medicação
14	Vestir/despir	Gerir a medicação	Vestir/despir
15	Transferência de/para cama	Transferência de/para cama	Transferência de/para cama
16	Lavar rosto e mãos	Lavar rosto e mãos	Alimentar-se
17 Menos dificuldade (última a ser perdida)	Alimentar-se	Alimentar-se	Lavar rosto e mãos

Figura 5 – Hierarquia da perda de capacidade nas actividades básicas e instrumentais da vida diária e mobilidade (Kingston *et. al*, 2012).

Tendo em conta o enquadramento do tema das pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, é peremptória a necessidade de conhecer quais os indicadores que poderão revelar esta característica das pessoas que vivem na comunidade e, desta forma, conhecendo a sua manifestação, poderem as práticas assistenciais serem mais directivas e adequadas às necessidades descritas e implícitas por parte destes idosos.

2. OBJECTIVOS

Para a concretização deste estudo foram definidos um objectivo geral e objectivos específicos.

2.1 Objectivo Geral:

Analisar a vulnerabilidade de pessoas idosas residentes na comunidade, integradas e acompanhadas pelas Equipas de Apoio a Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

2.2 Objectivos Específicos:

- Caracterizar a amostra de acordo com dados sócio-demográficos;
- Caracterizar a amostra através da sua distribuição por sexo e faixa etária relativamente aos restantes dados sócio-demográficos;
- Caracterizar a amostra através da sua distribuição por sexo e faixa etária relativamente aos componentes do instrumento de referência;
- Caracterizar a vulnerabilidade da amostra com base no instrumento de referência;
- Analisar as possíveis associações entre as variáveis sócio-demográficas e os componentes do instrumento de referência.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O método não experimental é utilizado quando o investigador pretende estudar um fenómeno e explorar acontecimentos, pessoas ou situações à medida que elas acontecem naturalmente (Vilelas, 2009). Segundo o mesmo autor, um estudo exploratório consiste na exploração de domínios da investigação pouco conhecidos, tendo como objectivo fulcral a aquisição de conhecimentos sobre determinada situação ou fenómeno e descobrir a relação entre as variáveis que o caracterizam. Para esta operacionalização são frequentemente utilizados questionários que procuram, sem qualquer manipulação sobre as variáveis, conhecê-las e caracterizá-las.

Gouveia de Oliveira (2009) refere que os estudos descritivos representam o primeiro passo na investigação formal de uma nova questão. Consistem numa recolha sistemática de dados numa amostra representativa de uma determinada população, com o principal objectivo de conseguir uma descrição do problema com o detalhe a que o estudo se propõe.

Os estudos poderão ser igualmente definidos pela forma como recolhem a sua informação. Um estudo caracteriza-se por ser transversal quando a recolha de dados acontece apenas uma vez em cada pessoa da amostra.

Desta forma, o presente estudo é um estudo não experimental, exploratório, quantitativo e transversal.

3.2 Local de aplicação do estudo

A aplicação do questionário via telefone aconteceu na sede da Unidade de Desenvolvimento e Intervenção Territorial (UDIP) Alta de Lisboa da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, sito na freguesia do Lumiar, em Lisboa.

3.3 População e amostra

A população do presente estudo é constituída pelas pessoas idosas acompanhadas pelas quatro Equipas de Apoio a Idosos da SCML à data de Janeiro de 2015, que perfazia um total de 894 pessoas. Destas, para a definição da amostra, foram aleatorizadas 300 pessoas, às quais foram aplicados os critérios de inclusão e de exclusão. Como critérios de inclusão foram consideradas as pessoas idosas com 65 ou mais anos, com processo aberto na SCML. Os critérios de exclusão utilizados foram as pessoas idosas sem telefone ou telemóvel. Apenas foram consideradas para o estudo as entrevistas telefónicas nas quais não se verificaram, junto da pessoa inquirida, alterações cognitivas que pudessem comprometer a compreensão das

questões colocadas e alterações sensoriais ao nível da audição. Só foram incluídas no estudo as pessoas que deram consentimento verbal para participar.

3.4 Variáveis em estudo

A variável dependente a ser estudada é a vulnerabilidade individual. No contexto da saúde, Saliba *et. al* (2001) desenvolveu um instrumento de avaliação para identificar pessoas idosas vulneráveis a residir na comunidade. Os autores definem pessoas idosas em situação de vulnerabilidade como as pessoas que apresentam 65 ou mais anos, que se encontram com uma probabilidade maior de um risco acrescido de declínio funcional ou morte num período de dois anos. A operacionalização destes factores preditivos acontece pelo instrumento *Vulnerable Elders Survey 13* (VES-13) contendo como parâmetros de avaliação a idade (faixa etária), a percepção do estado de saúde, actividades físicas e actividades básicas e instrumentais da vida diária.

Como variáveis independentes foram consideradas a idade, o sexo, o estado civil, a escolaridade, o agregado familiar e o rendimento mensal.

3.5 Instrumento de recolha de dados

Os estudos que pretendem conhecer a proporção de uma população/amostra afectada por uma determinada condição designam-se estudos de prevalência. Estes utilizam com frequência instrumentos de triagem. Estes instrumentos consistem numa forma de medição que é simples, segura e de baixo custo e que permite ao investigador perceber com clareza e rigor a presença ou não de determinada condição. Os questionários estruturados são frequentemente utilizados (Gouveia de Oliveira, 2009).

De acordo com Quivy & Campenhoudt (2008) a inquirição por questionário consiste em colocar às pessoas da amostra uma série de perguntas relativas à sua situação de vida, relativamente a aspectos pessoais, sociais, familiares entre outros, de acordo com o tema de interesse para o investigador. O inquérito por questionário, na perspectiva da investigação, visa a obtenção de resultados de acordo com os objectivos traçados para a temática em estudo. Geralmente o número de pessoas interrogadas é significativo pelo que é necessário um tratamento quantitativo das informações recolhidas, estando na maioria das vezes as respostas às perguntas pré-codificadas e os entrevistados deverão escolher as suas respostas tendo em conta as que lhes são formalmente propostas.

A recolha de dados no presente estudo decorreu através da aplicação de um questionário por via telefónica (ver Apêndice II). A investigadora efectuou as chamadas telefónicas onde colocou questões de acordo com o guião pré-estabelecido e registou as respostas em formulário impresso em papel. O questionário foi dividido em duas partes, a primeira com a caracterização sócio-demográfica e a segunda com

a aplicação do instrumento padronizado para avaliação da vulnerabilidade, VES-13. As perguntas do questionário eram na sua maioria de respostas fechadas (escolha múltipla ou dicotómica).

3.5.1 Caracterização sócio-demográfica

Os dados recolhidos para a caracterização sociodemográfica da amostra, através de questionário foram: idade, sexo, estado civil, escolaridade, agregado familiar e rendimento mensal aproximado. A data de nascimento foi a única variável recolhida através de pergunta aberta. As variáveis estado civil, escolaridade e agregado familiar foram questionadas através de perguntas fechadas, sendo as opções de resposta as utilizadas no Sistema de Informação da Acção Social da SCML (SIAS). No que diz respeito ao rendimento mensal do agregado familiar, utilizou-se uma pergunta aberta obtendo como resposta o valor aproximado. No caso de não ser possível recolher a informação desta forma, utilizou-se uma pergunta fechada tendo como referência um valor superior, inferior ou igual ao da remuneração mínima nacional de referência para o ano de 2014 (RMN – 485€).

3.5.2 Caracterização da vulnerabilidade

O instrumento utilizado para a recolha dos dados relativos à vulnerabilidade, o *Vulnerable Elders Survey 13* (ver Apêndice I) que é pontuado através de 13 questões, sendo a primeira a **idade**, seguido da **percepção do estado de saúde**, da dificuldade sentida na realização de **seis actividades físicas** e da dificuldade na realização de **cinco actividades da vida diária** (duas ABVD e três AIVD).

A pontuação na idade é atribuída consoante a faixa etária, sendo 0 pontos para as pessoas que tenham entre os 65-74 anos, 1 ponto para idades entre os 75-84 e 3 pontos para idade igual ou superior a 85 anos. Na percepção do estado de saúde é atribuído um ponto quando o inquirido responde considerar a sua saúde como Má ou Razoável. A pontuação nas actividades físicas, (1) Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se, (2) Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos, (3) Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro, (4) Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos, (5) Andar 400 metros, (6) Serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas, varia entre zero, um e dois pontos, sendo que é atribuído um ponto para cada resposta na categoria *Muita Dificuldade* ou *Incapaz de Fazer*, apenas sendo considerados dois pontos no máximo.

A pontuação nas actividades de vida diária tem um mínimo de 0 e um máximo de 4 pontos, sendo que a partir de uma resposta positiva para *Sim tem dificuldade* ou *Não*

Faz são atribuídos os 4 pontos.

A pontuação total varia entre 0 e 10, sendo crescente o grau de vulnerabilidade, e estando este presente a partir do ponto de corte 3, inclusive.

3.6 Procedimentos

Foi elaborado o projecto do estudo de investigação e após validação foi colocado à consideração da SCML para autorização e cedência da amostra, em Janeiro de 2015. Após autorização por parte do Director da Direcção de Desenvolvimento Intervenção e Proximidade, iniciou-se o processo de constituição da lista com todas as pessoas com processo aberto em sede do sistema informático (SIAS), acompanhadas pelas quatro Equipas de Apoio a Idosos. Posteriormente procedeu-se à aleatorização da amostra através do programa online *Psychic Science*. À amostra encontrada foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão a fim de aferir as pessoas a incluir no estudo.

A recolha de dados fez-se através de entrevista telefónica, sendo que para cada contacto telefónico (fixo ou móvel), realizaram-se no máximo três tentativas em períodos do dia diferentes.

De forma a uniformizar a recolha de dados, elaborou-se um guião de entrevista contendo orientações para a aplicação das questões relativas aos dados sócio-demográficos e ao *Vulnerable Elders Survey 13* (VES-13).

3.7 Tratamento de dados

Os dados recolhidos foram inicialmente registados nos formulários impressos em papel e posteriormente inseridos numa base de dados criada para o efeito no programa Microsoft Excel 2010 em sistema IOS (Macintosh) e posteriormente transformados para uma base de dados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.

A informação foi analisada através de estatística descritiva, utilizando as medidas de tendência central, média, desvio-padrão, máximos e mínimos nas variáveis numéricas (ordinais) e a análise de frequências para as variáveis categóricas (nominais).

Para se proceder à estatística inferencial e multivariável foram utilizados os seguintes testes estatísticos: O teste Mann-Whitney, O teste Kruskal-Wallis, Teste Qui-Quadrado/Fisher, ANOVA TWO-WAY. Considerou-se significância estatística para valores de $p \leq 0,05$, estatisticamente muito significativo para valores de $p \leq 0,01$ e extramente significativo para valores de $p \leq 0,001$.

O teste Mann-Whitney é um teste não paramétrico que permite comparar dois grupos numa variável dependente medida numa escala ordinal. Utilizou-se este teste para

comparar dois grupos (por exemplo, sexo feminino vs. Masculino; remuneração $\leq 485\text{€}$ vs. remuneração $> 485\text{€}$; pessoas sem escolaridade vs. pessoas com escolaridade) nos itens da escala VES-13 com escala de 1 – Nenhuma dificuldade a 5 – Incapaz de fazer.

O teste Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico que permite comparar três ou mais grupos numa variável dependente medida numa escala ordinal. Utilizou-se este teste para comparar três grupos (por exemplo, as três faixas etárias, os diferentes agregados familiares, os diferentes estados civis) nos itens da escala VES-13 com escala de 1 – Nenhuma dificuldade a 5 – Incapaz de fazer.

Os testes Qui-Quadrado/Fisher são testes não paramétricos que permitem comparar duas ou mais amostras independentes em variáveis dependentes nominais. Para se utilizar o teste Qui-Quadrado as frequências esperadas por célula não devem ser muito pequenas, nenhuma frequência deve ser inferior a um e não deve haver mais de 20% de frequências esperadas inferiores a cinco, quando este requisito não está preenchido deve utilizar-se o teste Fisher como alternativa. O teste Fisher pode ser usado como alternativa ao Qui-Quadrado não só em tabelas de dupla entrada (2X2), desde que se usem versões mais avançadas do SPSS que permitem a utilização do módulo “Exact”(que faculta o teste de Fisher mesmo quando as tabelas não são 2X2). Neste estudo utilizaram-se estas provas para comparar os vários grupos nos itens da VES-13 com escala nominal (1-Sim, 2-Não, 3-Não faz).

O teste ANOVA TWO-WAY é um teste paramétrico que permite saber qual o efeito isolado e qual o efeito conjunto (interacção) de dois factores na variável dependente com escala quantitativa. Quando o efeito interactivo é significativo, significa que há combinações dos dois factores que produzem efeitos diferentes na variável dependente do que aqueles que seriam de esperar se os factores fossem considerados separadamente. Nesta análise quando se consideram os efeitos de cada variável independente de forma isolada, estes efeitos são estudados controlando o efeito da outra variável independente. A variável dependente que foi considerada foi a pontuação total do VES-13. Como a variável idade é parte integrante do cálculo da pontuação, optou-se por utilizar esta variável (faixa etária) como uma das variáveis independentes para que o seu efeito fique controlado quando se averigua a significância das outras variáveis independentes (por exemplo o sexo ou o estado civil), averiguando também um possível efeito de interacção. Usou-se esta prova paramétrica dado haver desvios pouco severos à normalidade e à homogeneidade de variâncias.

A regressão linear simples é o método estatístico utilizado para investigar associações entre variáveis, modelando a sua relação e testando a plausibilidade do modelo em hipótese (Gouveia de Oliveira, 2009). Para o tratamento dos dados com o objectivo de

realizar a regressão linear simples com uma pontuação parcial para as seis actividades físicas em estudo, a escala nominal de resposta, nenhuma dificuldade, pouca dificuldade, alguma dificuldade, muita dificuldade e incapaz de fazer foi transformada numa escala numérica ordinal de 1 a 5 no crescendo da dificuldade. Para os mesmos efeitos estatísticos, foram convertidas as respostas em escala nominal para uma escala ordinal para obtenção da regressão linear simples com uma pontuação parcial para as cinco actividades da vida diária, onde a escala nominal de resposta, Sim/sim (tem dificuldade e tem ajuda), Sim/não (tem dificuldade e não tem ajuda), Não (não tem dificuldade), Não faz/sim (devido à condição física/situação de saúde), Não faz/não (devido a outro motivo que não condição física/situação de saúde) foi transformada numa escala numérica ordinal de 0 (Não), 1 (Sim/sim e Sim/não) e 2 (Não faz/sim e Não faz/não) no crescendo da dificuldade/incapacidade. Na regressão linear múltipla, vemos a influência de cada variável independente na dependente tendo em conta a influência e o peso das outras variáveis independentes na equação, isto é uma forma de controlar a influência das outras variáveis onde se inclui a idade.

Utilizou-se também a regressão ordinal, usando como variáveis independentes as variáveis sócio demográficas e como variável dependente a variável ordinal auto percepção da saúde (escala de 1-Excelente a 5-Má).

4. RESULTADOS

Do universo populacional de 895 pessoas idosas acompanhadas pelas quatro Equipas de Apoio a Idosos à data de Janeiro de 2015, foram aleatorizados 300 indivíduos para análise das variáveis em estudo. Após aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão e, durante o processo de recolha de dados, foram excluídas 87 pessoas, das quais três não autorizaram participar e das 84, 21 não tinham contacto telefónico e as restantes, após as três tentativas de contacto telefónico tinham o telefone/telemóvel desligado ou não atenderam.

Desta forma, a amostra estudada foi constituída por 213 indivíduos, que consentiram verbalmente para a participação no estudo através do questionário via telefone.

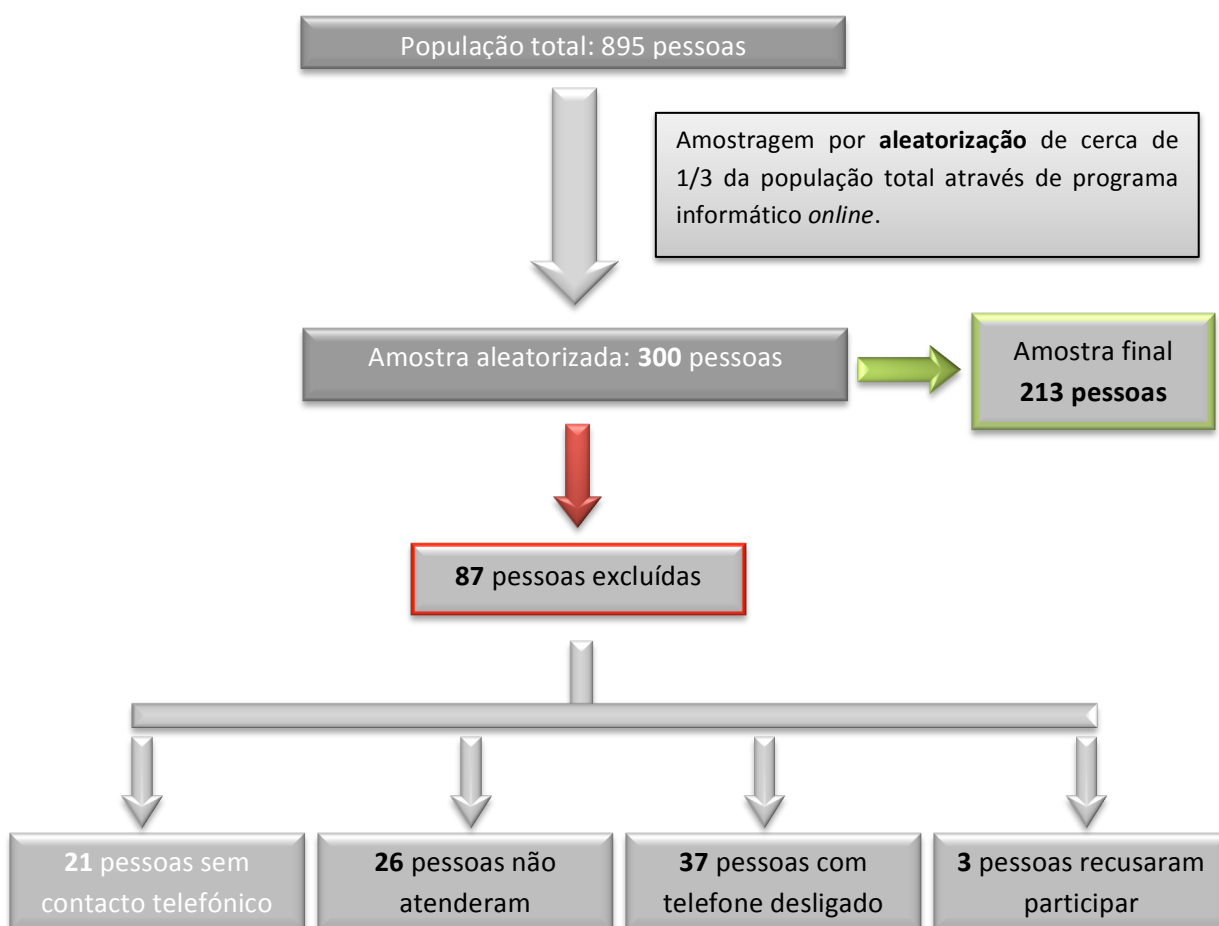


Figura 6 – Esquema explicativo da constituição da amostra final.

4.1 Estatística Descritiva

4.1.1 Caracterização Sócio-demográfica

Quadro 1 – Distribuição da amostra nas variáveis independentes: faixas etárias, sexo, estado civil, escolaridade, agregado familiar e rendimento mensal

		Freq.	%
Faixas Etárias	65-74 anos	61	28,6
	75-84 anos	86	40,4
	≥ 85 anos	66	31,9
	Total	213	100
		Média = 80,11	Desvio Padrão = 8,330
		Mínimo = 66	Máximo = 105
Sexo	Feminino	151	70,9
	Masculino	62	29,1
	Total	213	100
Estado Civil	Solteiro	43	20,2
	Casado/União de facto	54	25,4
	Viúvo	91	42,7
	Desconhecido	25	11,7
	Total	213	100
Escolaridade	Não sabe ler nem escrever/Sem escolaridade	74	34,7
	Sabe ler e escrever/sem nível de escolaridade	63	29,6
	1º Ciclo ensino básico (4º ano)	59	27,7
	2º Ciclo ensino básico (6º ano)	6	2,8
	3º Ciclo ensino básico (9º ano)	2	,9
	Curso Profissional	5	2,3
	Curso de Licenciatura	4	1,9
	Total	213	100
Agregado familiar	Pessoa isolada (vive só)	134	62,9
	Pessoa isolada em alojamento colectivo	18	8,5
	Casal idosos	52	24,4
	2 pessoas idosas	7	3,3
	3 pessoas idosas	2	,9
	Total	213	100
Rendimento mensal	≤ 485€	167	78,4
	> 485€	33	15,5
	Desconhecido	13	6,1
TOTAL		213	100
		Média = 372,58	Desvio Padrão = 123,24
		Mínimo = 0	Máximo = 700

Pela análise do Quadro 1 é possível verificar a distribuição da amostra nas seis variáveis de caracterização sócio-demográfica, designadamente a idade em três faixas etárias, o sexo, o estado civil, a escolaridade, o agregado familiar e o rendimento mensal.

No que diz respeito à idade, a amostra apresenta uma média de idades de 80,11 anos ($\pm 8,330$), sendo o valor mínimo de 66 anos e o máximo de 105 anos, estando a maior percentagem atribuída à faixa etária dos 75-84 anos (40,4%).

Na distribuição por sexo pode verificar-se que a amostra é maioritariamente feminina com 70,9% e os restantes 29,1% pertencem ao sexo masculino.

Quanto ao estado civil dos indivíduos, é maioritariamente viúvo com 42,7% da amostra, seguidos dos casados/união de facto com 25,4%.

Relativamente à escolaridade da amostra, a maioria dos indivíduos não sabe ler nem escrever/sem nível de escolaridade (34,7%) seguidos dos indivíduos que sabem ler e escrever/sem nível de escolaridade (29,6%).

No que diz respeito ao agregado familiar, constata-se que 62,9% dos indivíduos da amostra vivem sozinhos e 24,4% vivem em casal de idosos.

Finalmente, em relação ao rendimento mensal do agregado familiar, verifica-se que 78,4% dos indivíduos da amostra em estudo têm por mês um valor igual ou inferior a 485€, existindo como valor mínimo ausência de rendimentos (0€) e valor máximo 700€, sendo a média 372,58€ ($\pm 123,24$).

Quadro 2 – Distribuição da amostra por sexo e faixa etária

	Feminino			Masculino			TOTAL		
	65-74	75-84	≥ 85	65-74	75-84	≥ 85	65-74	75-84	≥ 85
Nº de pessoas	37	66	48	29	19	14	66	85	62
TOTAL	151			62			213		

Da distribuição por faixas etárias, pode verificar-se que a amostra pertence maioritariamente ao grupo dos 75 aos 84 anos. Importa ainda destacar que a partir dos 85 anos há uma maior prevalência do sexo feminino, conforme se lê no Quadro 2.

Quadro 3 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e estado civil

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥ 85	65-74	75-84	≥ 85	
Solteiro	8	9	8	15	3	0	43
Casado/União de facto	11	20	3	4	8	8	54
Viúvo	10	30	36	3	6	6	91
Divorciado	8	7	1	7	2	0	25
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

Relativamente ao estado civil, conforme Quadro 3, a maioria dos indivíduos eram do sexo feminino, viúvas e com idade acima dos 85 anos, seguidas da faixa etária anterior (75-84 anos).

Quadro 4 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e escolaridade

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥ 85	65-74	75-84	≥ 85	
Não sabe ler nem escrever/ Sem escolaridade	7	33	18	6	6	4	74
Sabe ler e escrever/sem nível de escolaridade	12	16	15	10	6	4	63
1º ciclo ensino básico (4º)	11	13	13	10	7	5	59
2º ciclo ensino básico (6º)	2	2	1	1	0	0	6
3º ciclo ensino básico (9º)	1	1	0	0	0	0	2
Curso Profissional	3	0	0	2	0	0	5
Curso de Licenciatura	1	1	1	0	0	1	4
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

Em relação ao nível de escolaridade, de acordo com o Quadro 4, os resultados mostram um predomínio dos indivíduos do sexo feminino, na faixa etária dos 75 aos 84 anos que não sabem ler nem escrever.

Quadro 5 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e agregado familiar

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥ 85	65-74	75-84	≥ 85	
Pessoa idosa (vive só)	23	37	37	23	9	5	134
Pessoa idosa em alojamento colectivo	1	6	7	1	1	2	18
Casal idosos	11	19	2	5	8	7	52
2 pessoas idosas	2	2	2	0	1	0	7
3 pessoas idosas	0	2	0	0	0	0	2
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

Pela análise do Quadro 5 é possível perceber que quanto à tipologia do agregado familiar, a maioria dos indivíduos da amostra vive só (134), sendo principalmente as mulheres das três faixas etárias e os homens da primeira faixa etária considerada.

Quadro 6 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e rendimento mensal

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥ 85	65-74	75-84	≥ 85	
≤ 485€	30	54	39	23	12	7	165
> 485€	3	8	8	4	4	6	33
TOTAL	33	62	47	27	16	13	198

Na inquirição aos indivíduos da amostra, foram 198 as que responderam a esta questão, como indica o Quadro 6, estando em clara maioria aqueles que têm rendimento mensal igual ou inferior a 485€, principalmente do sexo feminino. Dois indivíduos encontravam-se em situação de ausência de rendimentos e 13 não responderam.

4.1.2 Caracterização da Vulnerabilidade

Tal como consta no instrumento VES-13 em relação à idade, como o primeiro dos seus itens, os indivíduos com 75 ou mais anos (69%) pontuam um ponto e os com 85 ou mais anos (29%) pontuam três pontos neste item.

Quadro 7 - Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e percepção do estado de saúde

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥ 85	65-74	75-84	≥ 85	
Má	15	33	34	12	7	9	110
Razoável	20	25	12	12	8	4	81
Boa	2	7	2	5	4	1	21
Muito Boa	0	1	0	0	0	0	1
Excelente	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

O Quadro 7 apresenta os resultados da inquirição aos indivíduos sobre a percepção do estado de saúde, sendo que a maioria dos indivíduos da amostra a considera Má seguida de Razoável. Nenhum dos indivíduos considerou a sua saúde como Muito Boa ou Excelente.

Quadro 8 – Distribuição da amostra por dificuldade nas actividades físicas

		Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer	Total
Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq	4	8	76	71	54	213
	%	1,9%	3,8%	35,7%	33,3%	25,4%	100%
Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos?	Freq	4	7	56	82	64	213
	%	1,9%	3,3%	26,3%	38,5%	30,0%	100%
Alcançar ou elevar os	Freq	36	47	80	35	15	213

braços acima do nível do ombro?							
	%	16,9%	22,1%	37,6%	16,4%	7,0%	100%
Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos?	Freq	74	51	57	23	8	213
	%	34,7%	23,9%	26,8%	10,8%	3,8%	100%
Andar 400 metros?	Freq	2	11	19	52	129	213
	%	,9%	5,2%	8,9%	24,4%	60,6%	100%
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq	1	9	55	88	60	213
	%	,5%	4,2%	25,8%	41,3%	28,2%	100%

Pela análise do Quadro 8, verifica-se que para as actividades físicas **curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se** e **alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro**, a maioria dos indivíduos da amostra afirmam ter Alguma dificuldade, 76 (35,7%) e 80 (37,6%), respectivamente. Nas actividades físicas **levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos** e **fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas**, a maioria dos indivíduos refere ter Muita dificuldade no seu desempenho com valores de 82 (38,5%) e 88 (41,3%), respectivamente. A única actividade física em que a maioria dos indivíduos pontua como Incapaz de fazer é **andar 400 metros**, 121 (60,6%). A actividade física **escrever ou manusear e segurar pequenos objectos** é a que revela menos dificuldades por parte da maioria dos indivíduos, 74 (34,7%).

Quadro 9 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AF curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Nenhuma dificuldade	0	1	0	3	0	0	4
Pouca dificuldade	3	3	0	2	0	0	8
Alguma dificuldade	18	25	9	12	9	3	76
Muita Dificuldade	10	22	20	9	6	4	71
Incapaz de fazer	6	15	19	3	4	7	54
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

Pela análise do Quadro 9 verifica-se que os indivíduos que apresentam maior grau de dificuldade em curva-se, agachar-se e/ou ajoelhar-se, são do sexo feminino, nas faixas etárias dos 75-84 anos (25 – alguma dificuldade e 22 – muita dificuldade) seguidas de 20 indivíduos com 85 ou mais anos que revelam muita dificuldade e 19 que referem ser incapazes de fazer.

Quadro 10 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AF levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Nenhuma dificuldade	0	1	0	2	1	0	4
Pouca dificuldade	0	2	0	4	1	0	7
Alguma dificuldade	15	16	6	9	8	2	56
Muita Dificuldade	11	28	22	9	6	6	82
Incapaz de fazer	11	19	20	5	3	6	64
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

Analisando os resultados indicados no Quadro 10 pode verificar-se que os indivíduos do sexo feminino a partir dos 75 anos são os que afirmam ter Muita dificuldade ou serem incapazes de levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos.

Quadro 11 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AF alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Nenhuma dificuldade	4	8	3	14	6	1	36
Pouca dificuldade	14	14	2	7	6	4	47
Alguma dificuldade	8	30	26	5	5	6	80
Muita Dificuldade	6	11	12	3	1	2	35
Incapaz de fazer	5	3	5	0	1	1	15
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

Na actividade física alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro, são igualmente as mulheres na faixa etária dos 75-84 anos (30) que apresentam Alguma

difficuldade seguidas da faixa etária de 85 ou mais anos com 26 indivíduos, sendo que o maior número de indivíduos do sexo masculino não revelam dificuldade nesta actividade física, como se evidenciado no Quadro 11.

Quadro 12 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AF escrever ou manusear e segurar pequenos objectos

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Nenhuma dificuldade	15	19	9	16	11	4	74
Pouca dificuldade	10	18	10	7	5	1	51
Alguma dificuldade	7	19	20	5	3	3	57
Muita Dificuldade	3	8	6	1	0	5	23
Incapaz de fazer	2	2	3	0	0	1	8
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

No que diz respeito à actividade física escrever ou manusear e segurar pequenos objectos, no Quadro 12, o maior número de indivíduos pertencem ao sexo feminino, à faixa etária dos 75 aos 84 anos e 19 referem ter Alguma dificuldade, 18 Pouca dificuldade e 19 Nenhuma dificuldade. Para esta actividade física os indivíduos do sexo masculino na primeira faixa etária (65-74 anos – 16) e 11 entre os 75 e os 84 anos, não apresentam qualquer dificuldade.

Quadro 13 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AF andar 400 metros

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Nenhuma dificuldade	0	1	0	1	0	0	2
Pouca dificuldade	4	3	0	3	1	0	11
Alguma dificuldade	6	5	4	3	1	0	19
Muita Dificuldade	10	15	7	13	6	1	52
Incapaz de fazer	17	42	37	9	11	13	129
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

No que diz respeito à actividade física andar 400 metros, de acordo com o Quadro 13, a maioria dos indivíduos do sexo feminino, pertencentes às faixas etárias 75-84 anos e ≥85, revelam ser Incapazes de o fazer. Os indivíduos do sexo masculino apresentam resultados iguais na faixa etária 65-74 (13) revelando terem Muita dificuldade e na

última faixa etária sendo Incapazes de fazer (13).

Quadro 14 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AF fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas

	Feminino			Masculino			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Nenhuma dificuldade	0	1	0	0	0	0	1
Pouca dificuldade	2	0	0	6	1	0	9
Alguma dificuldade	13	18	6	13	3	2	55
Muita Dificuldade	15	32	19	7	10	5	88
Incapaz de fazer	7	15	23	3	5	7	60
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

No desempenho de serviço doméstico pesado, conforme se evidencia no Quadro 14, os indivíduos do sexo feminino que apresentam maior frequência pertencem à faixa etária dos 75-84 anos e revelam terem Muita dificuldade, seguidos dos indivíduos do sexo masculino na faixa etária dos 65-74 anos apresentando Alguma dificuldade.

Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo a dificuldade nas actividades da vida diária (n=213)

		Tem			Não faz por	
		Tem dificuldade	dificuldade mas tem ajuda ¹	Não tem dificuldade	Não faz	causa da saúde/ condição física ²
Fazer compras de itens pessoais?	Freq.	139	93	7	67	65
	%	65,3%	66,9%	3,3%	31,5%	97,0%
Gerir o dinheiro (controlar as suas despesas ou pagar as contas)?	Freq.	156	63	16	41	32
	%	73,2%	39,9%	7,5%	19,2%	78,04%
Andar pela casa? E permitida a utilização de bengala ou andarilho	Freq.	189	39	6	18	18

¹ A frequência e percentagem na coluna **Tem dificuldade mas tem ajuda** deriva da coluna anterior **Tem dificuldade**.

² A frequência e percentagem na coluna **Não faz por causa da saúde/condição física** deriva da coluna anterior **Não faz**.

	%	88,7%	20,6%	2,8%	8,5%	100%
Realizar tarefas domésticas leves (como lavar a loiça ou fazer limpezas leves)?	Freq.	147	73	13	53	37
	%	69,0%	48,7%	6,1%	24,9%	69,81%
Tomar banho no polibã ou banheira?	Freq.	201	126	2	10	10
	%	94,4%	62,7%	,9%	4,7%	100%

No Quadro 15 é possível analisar a frequência de respostas relativamente ao desempenho nas actividades da vida diária. De uma forma geral, para todas as AVD, a maioria da amostra refere ter dificuldade no seu desempenho, sendo mais frequente o tomar banho.

Para a actividade fazer compras, dos 139 indivíduos que afirmam ter dificuldade, 66,9% têm ajuda. Os 67 que dizem não fazer compras, 97,0% referem ser devido à sua saúde/condição física.

Na gestão do dinheiro 156 indivíduos indicaram fazer com dificuldade, sendo que apenas 39,9% têm ajuda e os que não fazem (41), 78,04% dizem ser devido à sua saúde/condição física.

Na AVD andar pela casa, 189 indivíduos afirmaram ter dificuldade, no entanto somente 20,6% tinham ajuda para andar. Daqueles que não são capazes de fazer, 100% diz ser por causa da sua saúde/condição física.

Na realização de tarefas domésticas leves, 147 indivíduos referiram ter dificuldade, dos quais 48,7% tinham ajuda, e nos 69,8% que não as faziam, era devido à sua saúde/condição física.

Para o tomar banho, 201 indivíduos da amostra referiram ter dificuldade, sendo que 62,7% o faziam com ajuda.

Quadro 16 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AVD fazer compras de itens pessoais

	FEMININO			MASCULINO			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Sim com ajuda	18	36	16	9	8	6	93
Sim sem ajuda	13	11	3	14	5	0	46
Não	1	2	2	2	0	0	7
Não faz devido à saúde	5	17	27	3	5	8	65

Não faz por outro motivo	0	0	0	1	1	0	2
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

Dos resultados apresentados no Quadro 16 destacam-se os indivíduos do sexo feminino e da faixa etária dos 75-84 anos (36) como tendo dificuldade em realizar compras, precisando e tendo ajuda. Já no sexo masculino a maior frequência recai sobre a primeira faixa etária, onde 14 indivíduos referem ter dificuldade em realizar a AVD mas não têm ajuda.

**Quadro 17 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AVD
gerir o dinheiro**

	FEMININO			MASCULINO			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Sim com ajuda	9	20	20	5	4	5	63
Sim sem ajuda	22	26	11	21	9	4	93
Não	3	7	0	2	3	1	16
Não faz devido à saúde	2	9	14	1	2	4	32
Não faz por outro motivo	1	4	3	0	1	0	9
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

No Quadro 17 verifica-se que a maior frequência de indivíduos da amostra tem dificuldade na gestão do dinheiro no entanto não tem ajuda, em particular na faixa etária dos 75-84 anos no sexo feminino e entre os 65-74 anos no caso dos indivíduos do sexo masculino.

**Quadro 18 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AVD
andar numa divisão da casa**

	FEMININO			MASCULINO			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Sim com ajuda	4	11	16	1	2	5	39
Sim sem ajuda	28	48	25	26	17	6	150
Não	3	2	0	1	0	0	6
Não faz devido à saúde	2	5	7	1	0	3	18
Não faz por outro motivo	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

Pela análise do Quadro 18 é possível observar que para a actividade básica da vida diária andar em casa, são os indivíduos do sexo feminino entre os 75-84 anos que afirmam ter dificuldade na locomoção no interior de casa mas que não têm ajuda.

Quadro 19 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AVD realizar tarefas domésticas leves

	FEMININO			MASCULINO			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Sim com ajuda	8	26	19	10	4	3	70
Sim sem ajuda	26	27	6	14	7	0	80
Não	1	1	2	2	3	4	13
Não faz devido à saúde	4	11	17	1	3	4	40
Não faz por outro motivo	1	1	4	2	2	3	13
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

O Quadro 19 indica que para a realização de tarefas domésticas leves, os indivíduos do sexo feminino nas duas primeiras faixas etárias, 65-74 anos e 75-84 anos têm dificuldade, sendo predominantes aqueles que referem não ter ajuda.

Quadro 20 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e dificuldade na AVD tomar banho

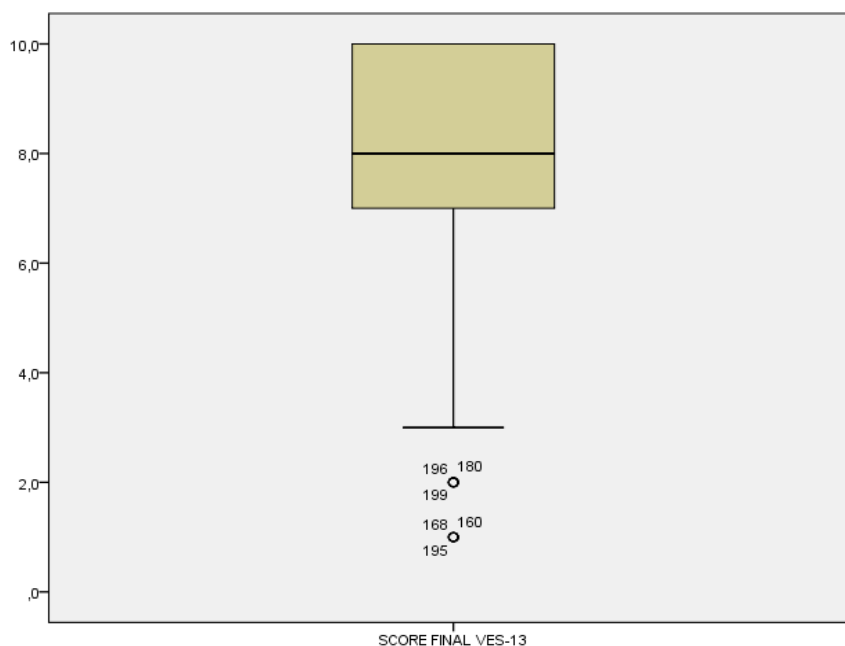
	FEMININO			MASCULINO			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
Sim com ajuda	13	42	39	7	14	11	126
Sim sem ajuda	21	20	6	21	5	2	75
Não	0	1	0	1	0	0	2
Não faz devido à saúde	3	3	3	0	0	1	10
Não faz por outro motivo	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

No Quadro 20 verifica-se que para a actividade básica da vida diária tomar banho, a grande maioria da amostra fá-lo com dificuldade e com ajuda, sendo que os indivíduos do sexo feminino nas duas últimas faixas etárias, 75-84 e ≥85 anos são os que apresentam maior frequência desta resposta.

Quadro 21 – Distribuição da amostra por cinco intervalos na pontuação total do VES-13

		Freq.	%
SCORE FINAL VES-13	Score 1-2	15	7,0
	Score 3-4	19	8,9
	Score 5-6	15	7,0
	Score 7-8	107	50,2
	Score 9-10	57	26,8
Total		213	100

Pela análise do Quadro 21 constata-se que 50,2% dos indivíduos da amostra tem uma pontuação no VES-13 entre 7 e 8 e 26,8% entre 9 e 10.

**Figura 7 – Box plot com a distribuição da amostra em quartis pela pontuação total do VES-13.**

Observando a Figura 7, verifica-se que existe uma assimetria nos quartis 1 e 3, sendo o terceiro aquele que tem maior expressão pela quantidade de indivíduos da amostra (75%) terem uma pontuação superior a 7. Detecta-se ainda a existência de valores atípicos (*outliers* moderado), que são valores discrepantes dos restantes dados, neste caso indivíduos que tiveram valores de 1 na pontuação total.

Da pontuação total do VES-13 destaca-se a média de 7,277 ($\pm 2,4693$), sendo o mínimo 1 e o máximo 10.

Quadro 22 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e pontuação total do VES-13

	FEMININO			MASCULINO			TOTAL
	65-74	75-84	≥85	65-74	75-84	≥85	
1	2	0	0	5	0	0	7
2	4	1	0	2	1	0	8
3	4	6	0	3	1	0	14
4	1	2	1	0	1	0	5
5	1	0	0	3	0	0	4
6	4	1	1	5	0	0	11
7	21	8	1	11	3	0	44
8	0	48	2	0	13	0	63
9	0	0	2	0	0	1	3
10	0	0	41	0	0	13	54
TOTAL	37	66	48	29	19	14	213

No Quadro 22 constata-se que os indivíduos do sexo feminino na faixa etária 75-84 anos são os mais prevalentes na pontuação de 8 (48), assim como os indivíduos do sexo masculino igualmente nesta faixa etária são também os que registam maior frequência (13). Os indivíduos do sexo feminino com idade igual ou superior a 85 anos (41) pontuam com o pior valor, atingindo o máximo de 10.

4.2 Estatística Inferencial³

4.2.1 VES-13 e Faixas etárias

Quadro 23 – Associação entre as faixas etárias e a percepção do estado de saúde

	Faixas etárias	N	Mean Rank	Kruskal Wallis
Percepção do Estado de Saúde	65-74 anos	61	117,71	H (2) = 9,688 p = 0,008**
	75-84 anos	86	112,72	
	≥ 85 anos	66	89,65	
	Total	213		

O teste Kruskal Wallis revelou a existência de uma diferença muito significativa entre as três faixas etárias na percepção do estado de saúde ($p=0,008$) como se lê no Quadro 23. Pelos resultados do cruzamento de frequência (ver Quadro no Anexo II) é o grupo de indivíduos com 85 ou mais anos que revela pior percepção do estado de saúde (66,7% considera a sua saúde má, enquanto que essa percentagem nas outras faixas etárias é de 41% e 47,7% respectivamente).

Quadro 24 – Associação entre as faixas etárias e as actividades físicas (AF)

	Faixas Etárias	N	Mean Rank	Kruskal -Wallis
Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	65-74 anos	61	85,43	H(2) = 24,491 p = 0,000***
	75-84 anos	86	100,74	
	≥ 85 anos	66	135,09	
Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	65-74 anos	61	90,30	H(2) = 14,950 p = 0,001***
	75-84 anos	86	101,99	
	≥ 85 anos	66	128,95	
Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	65-74 anos	61	88,50	H(2) = 16,453 p = 0,000***
	75-84 anos	86	102,40	
	≥ 85 anos	66	130,10	
Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	65-74 anos	61	90,80	

³ Valores de significância:

* Significativo para $p < 0,05$

** Muito Significativo para $p < 0,01$

*** Extremamente Significativo para $p < 0,001$

	75-84 anos	86	103,20	H(2) = 12,373 p = 0,000***
	≥ 85 anos	66	126,92	
Andar 400 metros (p.e. do marquês de pombal até meio da Av. da liberdade)?	65-74 anos	61	81,24	H(2) = 26,453 p = 0,000***
	75-84 anos	86	107,32	
	≥ 85 anos	66	130,39	
	Total	213		
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	65-74 anos	61	76,85	H(2) = 32,371 p = 0,000***
	75-84 anos	86	106,44	
	≥ 85 anos	66	135,59	

Na associação entre as faixas etárias em estudo e a dificuldade nas seis actividades físicas, como se observa no Quadro 24, o teste Kruskal-Wallis revelou diferenças extremamente significativas entre as três faixas etárias em todas as actividades físicas com escala de 1 a 5 (1-nenhuma dificuldade a 5 – Incapaz de fazer), constatando-se que a dificuldade vai aumentando com o consequente aumento da idade (ver Quadro no Anexo III).

Quadro 25 – Associação entre as faixas etárias e as actividades da vida diária (AVD)

n (%)		65-74	75-84	≥85	p
Fazer compras de itens pessoais ^a	Sim	51 (83,6)	61 (70,9)	27 (40,9)	0,000***
	Não	3 (4,9)	2 (2,3)	2 (3,0)	
	Não faz	7 (11,5)	23 (26,7)	37 (56,1)	
	Total	61 (100)	86 (100)	66 (100)	
Gerir o dinheiro ^b	Sim	53 (86,9)	59 (68,6)	44 (66,7)	0,001***
	Não	5 (8,2)	10 (11,6)	1 (1,5)	
	Não faz	3 (4,9)	17 (19,8)	21 (31,8)	
	Total	61 (100)	86 (100)	66 (100)	
Andar pela casa ^a	Sim	56 (91,8)	77 (89,5)	56 (84,8)	0,056
	Não	3 (4,9)	3 (3,5)	0 (0,0)	
	Não faz	2 (3,3)	6 (7,0)	10 (15,2)	
	Total	61 (100)	86 (100)	66 (100)	
Tarefas domésticas leves ^b	Sim	52 (85,2)	64 (74,4)	31 (47,0)	0,000***
	Não	3 (4,9)	4 (4,7)	6 (9,1)	
	Não faz	6 (9,8)	18 (20,9)	29 (43,9)	
	Total	61 (100)	86 (100)	66 (100)	
Tomar banho ^a	Sim	57 (93,4)	82 (95,3)	62 (93,9)	0,864
	Não	1 (1,6)	1 (1,2)	0 (0,0)	
	Não faz	3 (4,9)	3 (3,5)	4 (6,1)	
	Total	61 (100)	86 (100)	66 (100)	

^a Teste de Fisher | ^b Teste de Qui-Quadrado

Pela leitura do Quadro 25, o teste de Fisher revelou diferenças muito significativas entre as 3 faixas etárias nas dificuldades sentidas na AVD fazer compras. Constata-se

que com a idade vai aumentando a percentagem de indivíduos que não fazem esta AVD (11,5% nos 65-74 anos, 26,7% nos 75-84 anos e 56,1% nos ≥ 85 anos). O teste de Qui-Quadrado revelou diferenças muito significativas entre as 3 faixas etárias nas dificuldades sentidas na AVD gerir o dinheiro. Constata-se que com a idade vai aumentando a percentagem de indivíduos que não fazem esta AVD (4,9% nos 65-74 anos, 19,8% nos 75-84 anos e 31,8% nos ≥ 85 anos). O teste de Fisher não revelou a existência de diferenças significativas na AVD andar pela casa, embora o resultado esteja no limiar da significância, onde se verifica que a maioria da amostra tem dificuldade nesta AVD.

O teste de Qui-Quadrado revelou diferenças muito significativas entre as 3 faixas etárias na dificuldade sentida na AVD realizar tarefas domésticas leves. Constata-se que com a idade vai aumentando a percentagem de indivíduos que não fazem esta AVD (9,8% nos 65-74 anos, 20,9% nos 75-84 anos e 43,9% nos ≥ 85 anos).

O teste de Fisher não revelou a existência de diferenças significativas entre as 3 faixas etárias e o tomar banho, onde quase todos os indivíduos têm dificuldade.

4.2.2 VES-13 e Sexo

Quadro 26 – Associação entre o sexo e a percepção do estado de saúde

	SEXO	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney
Percepção do Estado de Saúde	Feminino	151	103,26	15593,00	U = 4117,000 p = 0,124
	Masculino	62	116,10	7198,00	
	Total	213			

Através da observação do Quadro 26, constata-se que o teste Mann-Whitney não revelou a existência de uma diferença significativa ($p=0,124$) entre os dois sexos na percepção do estado de saúde. Em ambos os grupos, as respostas mais frequentes foram Má ou Razoável, sendo muito poucos os homens e mulheres que consideram a sua saúde boa (ver Quadro no Anexo II).

Quadro 27 – Associação entre o sexo e as actividades físicas (AF)

	SEXO	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney
Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Feminino	151	109,85	16587,50	U =4250,500 p =0,267
	Masculino	62	100,06	6203,50	
Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos?	Feminino	151	113,73	17173,50	U =3664,500 p =0,009**
	Masculino	62	90,60	5617,50	
Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro?	Feminino	151	118,60	17908,50	U =2929,50 p =0,000***
	Masculino	62	78,75	4882,50	
Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos?	Feminino	151	114,31	17261,00	U =3577,00 p =0,005**
	Masculino	62	89,19	5530,00	
Andar 400 metros?	Feminino	151	109,79	16578,50	U =4259,500 p =0,237
	Masculino	62	100,20	6212,50	
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Feminino	151	111,94	16903,50	U =3934,50 p =0,053
	Masculino	62	94,96	5887,50	

Através da leitura do Quadro 27, verifica-se que o teste Mann-Whitney revelou diferenças estatisticamente muito significativas entre os dois grupos, sendo que as mulheres apresentam mais dificuldade nas actividades: levantar ou carregar objectos com um peso aproximando de 5 quilos ($p=0,009$) e escrever ou manusear e segurar pequenos objectos ($p=0,005$). Para a actividade alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro ($p=0,000$) foram encontradas entre os dois sexos diferenças extremamente significativas, sendo as mulheres que revelam mais dificuldades em todas elas (ver Quadro no Anexo III).

Quadro 28 – Associação entre o sexo e as actividades da vida diária (AVD)

n (%)		Feminino		Masculino		p
Fazer compras de itens pessoais ^a	Sim	97	(64,2)	42	(67,7)	0,884
	Não	5	(3,3)	2	(3,2)	
	Não faz	49	(32,5)	18	(29,0)	
	Total	151	(100)	62	(100)	
Gerir o dinheiro ^b	Sim	108	(71,5)	48	(77,4)	0,275
	Não	10	(6,6)	6	(9,7)	
	Não faz	33	(21,9)	8	(12,9)	
	Total	151	(100)	62	(100)	
Andar pela casa ^a	Sim	132	(87,4)	57	(91,9)	0,682
	Não	5	(3,3)	1	(1,6)	

	Não faz	14	(9,3)	4	(6,5)	
	Total	151	(100)	62	(100)	
Tarefas domésticas leves ^b	Sim	109	(72,2)	38	(61,3)	0,004*
	Não	4	(2,6)	9	(14,5)	
	Não faz	38	(25,2)	15	(24,2)	
	Total	151	(100)	62	(100)	
Tomar banho ^a	Sim	141	(93,4)	60	(96,8)	0,284
	Não	1	(0,7)	1	(1,6)	
	Não faz	9	(6,0)	1	(1,6)	
	Total	151	(100)	62	(100)	

^a Teste de Fisher | ^b Teste de Qui-Quadrado

Pela análise do Quadro 28, verifica-se que o teste de Fisher não revelou diferenças significativas nas dificuldades sentidas por homens e mulheres nas AVD fazer compras de itens pessoais, andar pela casa e tomar banho. Em ambos os grupos a maioria revela dificuldades nesta actividade.

O teste Qui-Quadrado também não revelou diferenças significativas nas dificuldades sentidas por homens e mulheres na AVD gerir dinheiro. Nos dois grupos a maioria revela dificuldades nesta actividade. Este teste revelou, no entanto, diferenças significativas entre os dois sexos na realização de tarefas domésticas leves, sendo o sexo feminino que revela mais dificuldades nestas actividades (72,2%) comparativamente com o sexo masculino (61,3%).

Quadro 29 – Associação entre o sexo e a pontuação total do VES-13

Sexo	Faixas etárias	Média	Desvio Padrão	N
Feminino	65-74 anos	5,371	2,1705	35
	75-84 anos	7,152	1,6847	66
	≥ 85 anos	9,540	1,1817	50
	Total	7,530	2,2915	151
Masculino	65-74 anos	4,808	2,3155	26
	75-84 anos	6,650	2,2308	20
	≥ 85 anos	9,688	,7042	16
	Total	6,661	2,7813	62
Total	65-74 anos	5,131	2,2322	61
	75-84 anos	7,035	1,8243	86
	≥ 85 anos	9,576	1,0822	66
	Total	7,277	2,4693	213

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
--------	-------------------------	----	-------------	---	------

Corrected Model	643,555 ^a	5	128,711	41,046	,000
Intercept	8696,218	1	8696,218	2773,241	,000
Sexo	3,923	1	3,923	1,251	,265
Faixas Etárias	549,369	2	274,684	87,597	,000***
Sexo * Faixas etárias	4,028	2	2,014	,642	,527
Error	649,102	207	3,136		
Total	12572,000	213			
Corrected Total	1292,657	212			

a. R Squared = ,498 (Adjusted R Squared = ,486)

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino na pontuação total do VES-13, utilizou-se a ANOVA TWO WAY, considerando como segunda variável independente as faixas etárias. Observando os resultados referentes aos efeitos principais no Quadro 29, constata-se que apenas a variável idade tem impacto na pontuação total do VES-13 ($p=0,000$). A variável sexo, estando controlada a variável idade, não revela qualquer efeito significativo. Também não se registam efeitos de interacção entre as duas variáveis.

4.2.3 VES-13 e Estado Civil

Quadro 30 – Associação entre o estado civil e a percepção do estado de saúde

	ESTADO CIVIL	N	Mean Rank	Kruskal Wallis
Percepção do Estado de Saúde	Solteiro	43	98,50	H (2) = 1,087 p = 0,581
	Casado/ União de facto	54	97,69	
	Viúvo	91	90,72	
	Total	188		

O teste Kruskal Wallis não detectou diferenças significativas entre os três estados civis na percepção do estado de saúde ($p=0,581$), conforme indica o Quadro 30 e como se pode verificar no Quadro de frequências (ver Quadro no Anexo II).

Quadro 31 – Associação entre o estado civil e as actividades físicas (AF)

	ESTADO CIVIL	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis
Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Solteiro	43	84,80	H (2) = 2,109 p = 0,348
	Casado/União de facto	54	99,37	
	Viúvo	91	96,19	
Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos?	Solteiro	43	93,83	H (2) = 0,883 p = 0,643
	Casado/União de facto	54	89,53	
	Viúvo	91	97,77	
Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro?	Solteiro	43	88,43	H (2) = 1,866 p = 0,393
	Casado/União de facto	54	90,37	
	Viúvo	91	99,82	
Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos?	Solteiro	43	80,22	H (2) = 5,305 p = 0,070
	Casado/União de facto	54	92,65	
	Viúvo	91	102,35	
Andar 400 metros?	Solteiro	43	80,79	H (2) = 4,834 p = 0,089
	Casado/União de facto	54	98,91	
	Viúvo	91	98,36	
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Solteiro	43	84,47	H (2) = 3,588 p = 0,166
	Casado/União de facto	54	90,85	
	Viúvo	91	101,41	

Pela leitura do Quadro 31, verifica-se que o teste Kruskal Wallis não detectou diferenças significativas entre os três estados civis e as actividades físicas em estudo e como se pode verificar no Quadro de frequências (ver Quadro no Anexo III).

Quadro 32 – Associação entre o estado civil e as actividades da vida diária (AVD)

		Casado/União de Facto						p
n (%)		Solteiro		Viúvo				
Fazer compras de itens pessoais ^a	Sim	29	(67,4)	35	(64,8)	52	(57,1)	0,153
	Não	3	(7,0)	1	(1,9)	1	(1,1)	
	Não faz	11	(25,6)	18	(33,3)	38	(41,8)	
	Total	43	(100)	54	(100)	91	(100)	
Gerir o dinheiro ^b	Sim	35	(81,4)	31	(57,4)	69	(75,8)	0,01**
	Não	2	(4,7)	8	(14,8)	2	(2,2)	
	Não faz	6	(14,0)	15	(27,8)	20	(22,0)	
	Total	43	(100)	54	(100)	91	(100)	
Andar pela casa ^a	Sim	38	(88,4)	47	(87,0)	82	(90,1)	0,048*
	Não	3	(7,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	

	Não faz	2 (4,7)	7 (13,0)	9 (9,9)	
	Total	43 (100)	54 (100)	91 (100)	
Tarefas domésticas leves ^a	Sim	33 (76,7)	34 (63,0)	60 (65,9)	0,337
	Não	2 (4,7)	5 (9,3)	3 (3,3)	
	Não faz	8 (18,6)	15 (27,8)	28 (30,8)	
	Total	43 (100)	54 (100)	91 (100)	
Tomar banho ^a	Sim	43 (100)	48 (89,9)	87 (95,6)	0,042*
	Não	-	-	-	
	Não faz	0 (0,0)	6 (11,1)	4 (4,4)	
	Total	43 (100)	54 (100)	91 (100)	

^a Teste de Fisher | ^b Teste de Qui-Quadrado

Através da observação do Quadro 32, verifica-se que o teste de Qui-Quadrado revelou diferenças muito significativas entre os três estados civis (solteiro, casado/união de facto e viúvo) na AVD gerir o dinheiro ($p=0,01$) sendo que no grupo dos casados/união de facto, há uma maior percentagem de indivíduos a referir não fazerem esta actividade, havendo também uma maior percentagem que refere não ter dificuldades (14,8%). O teste de Fisher detectou a existência de uma diferença significativa na AVD andar pela casa ($p=0,048$), onde o grupo dos solteiros é o que apresenta uma percentagem mais baixa de indivíduos a referir que não fazem esta actividade (4,7%) ao contrário do grupo dos casados/união de facto que apresentam a maior percentagem (13,0%). Em relação ao tomar o banho ($p=0,042$), o grupo dos casados/união de facto é o que apresenta uma percentagem mais alta de indivíduos que referem não fazer esta AVD (11,1%), seguida pelo grupo dos solteiros e por último os indivíduos viúvos. É também neste grupo que se verifica a maior percentagem de indivíduos que referem ter dificuldade a tomar banho (95,6%). Para as restantes duas AVD não foram encontradas diferenças entre os grupos de estado civil.

Quadro 33 – Associação entre o estado civil e a pontuação total do VES-13

Estado Civil	Faixas Etárias	Média	Desvio Padrão	N
Solteiro	65-74 anos	5,050	2,3278	20
	75-84 anos	6,800	2,2424	15
	≥ 85 anos	9,500	1,0690	8
	Total	6,488	2,6581	43
Casado/União de facto	65-74 anos	5,133	2,4162	15
	75-84 anos	6,852	2,0513	27
	≥ 85 anos	9,750	,6216	12
	Total	7,019	2,5290	54
Viúvo	65-74 anos	6,091	1,2210	11
	75-84 anos	7,429	1,3125	35

	≥ 85 anos	9,622	1,0721	45
	Total	8,352	1,7725	91
Total	65-74 anos	5,326	2,1505	46
	75-84 anos	7,104	1,7961	77
	≥ 85 anos	9,631	,9932	65
	Total	7,543	2,3590	188

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	539,861(a)	8	67,483	24,120	,000
Intercept	7689,255	1	7689,255	2748,361	,000
Estado Civil	10,378	2	5,189	1,855	,159
Faixas Etárias	367,836	2	183,918	65,738	,000***
Estado Civil Vs Faixas Etárias	6,106	4	1,526	,546	,702
Error	500,799	179	2,798		
Total	11736,000	188			
Corrected Total	1040,660	187			

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre os diferentes estados civis e a pontuação total do VES-13 utilizou-se a ANOVA TWO WAY, considerando como segunda variável independente as faixas etárias. Observando os resultados referentes aos efeitos principais no Quadro 33, constata-se que apenas a variável idade tem impacto na pontuação total do VES-13. A variável estado civil, estando controlada a variável idade, não revela qualquer efeito significativo. Também não se registam efeitos de interação entre as duas variáveis.

4.2.4 VES-13 e Escolaridade

Quadro 34 – Associação entre a escolaridade e a percepção do estado de saúde

	Escolaridade	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney
Percepção do Estado de Saúde	Não sabe ler nem escrever/ Sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	137	102,86	14092,00	U = 4639,00 p = 0,143
	1º e 2º ciclos do Ensino Básico	76	114,46	8699,00	
	Total	213			

O teste Mann-Whitney não revelou a existência de diferenças significativas ($p=0,143$) entre os dois grupos, sem e com escolaridade, na percepção do estado de saúde,

conforme Quadro 34 e também de acordo com o Quadro de frequências (ver Quadro no Anexo II).

Quadro 35 – Associação entre a escolaridade e as actividades físicas (AF)

	Escolaridade	N	Mean Rank	Mann-Whitney
Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	137	106,13	U = 5087,00 p = 0,771
	1º e 2º ciclos do Ensino Básico	76	108,57	
Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos?	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	137	102,45	U = 4582,00 p = 0,127
	1º e 2º ciclos do Ensino Básico	76	115,20	
Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro?	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	137	105,26	U = 4967,50 p = 0,565
	1º e 2º ciclos do Ensino Básico	76	110,14	
Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos?	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	137	104,64	U = 4882,50 p = 0,435
	1º e 2º ciclos do Ensino Básico	76	111,26	
Andar 400 metros?	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	137	112,54	U = 4446, p = 0,04*
	1º e 2º ciclos do Ensino Básico	76	97,01	
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	137	102,29	U = 4561,00 p = 0,113
	1º e 2º ciclos do Ensino Básico	76	115,49	

No Quadro 35 verifica-se que o teste Mann-Whitney apenas detectou uma diferença significativa entre os dois grupos (sem e com escolaridade) na actividade andar 400 metros ($p=0,04$), sendo o grupo sem escolaridade o que refere maior dificuldade nesta actividade física (ver Quadro no Anexo III).

Quadro 36 – Associação entre a escolaridade e as actividades da vida diária (AVD)

n (%)		Não sabe ler/ sem escolaridade		1º e 2º ciclo Ensino Básico		p
Fazer compras de itens pessoais ^a	Sim	92	67,2	47	61,8	0,024*
	Não	1	0,7	6	7,9	
	Não faz	44	32,1	23	30,3	

	Total	137	(100)	76	(100)	
Gerir o dinheiro ^b	Sim	104	(75,9)	52	(68,4)	0,188
	Não	7	(5,1)	9	(11,8)	
	Não faz	26	(19,0)	15	(19,7)	
	Total	137	(100)	76	(100)	
Andar pela casa ^a	Sim	127	(92,7)	62	(81,6)	0,017*
	Não	1	(0,7)	5	(6,6)	
	Não faz	9	(6,6)	9	(11,8)	
	Total	137	(100)	76	(100)	
Tarefas domésticas leves ^b	Sim	104	(75,9)	43	(56,6)	0,004**
	Não	4	(2,9)	9	(11,8)	
	Não faz	29	(21,2)	24	(31,6)	
	Total	137	(100)	76	(100)	
Tomar banho ^a	Sim	132	(96,4)	69	(90,8)	0,07
	Não	0	(0,0)	2	(2,6)	
	Não faz	5	(3,6)	5	(6,6)	
	Total	137	(100)	76	(100)	

^a Teste de Fisher | ^b Teste de Qui-Quadrado

Pela análise do Quadro 36, verifica-se que o teste de Fisher revelou a existência de uma diferença significativa na AVD fazer compras de itens pessoais ($p=0,024$), havendo uma maior dificuldade no grupo sem escolaridade (67,2%) comparativamente com o que se passa no grupo com escolaridade (61,8%). No grupo com escolaridade 7,9% refere não ter qualquer dificuldade, enquanto essa percentagem no grupo sem escolaridade é de 0,7%.

O teste de Fisher detectou uma diferença significativa entre os dois grupos na AVD andar pela casa ($p=0,017$). O grupo sem escolaridade revela maior dificuldade. O teste de Qui-Quadrado detectou uma diferença muito significativa entre os dois grupos na AVD realizar tarefas domésticas leves (0,004). O grupo sem escolaridade também revela maior dificuldade.

O teste Qui-Quadrado não detectou diferenças significativas entre os dois grupos na AVD gerir o dinheiro. O teste de Fisher não detectou diferenças significativas entre os dois grupos na actividade tomar banho pois a esmagadora maioria dos indivíduos nos dois grupos revela dificuldades.

Quadro 37 – Associação entre a escolaridade e a pontuação total do VES-13

Faixas Etárias	Escolaridade	Média	Desvio Padrão	N
65-74 anos	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	5,125	2,2966	32
	1º e 2º ciclo do ensino Básico	5,138	2,1994	29
	Total	5,131	2,2322	61

75-84 anos	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	7,350	1,4593	60
	1º e 2º ciclo do ensino Básico	6,308	2,3455	26
	Total	7,035	1,8243	86
≥ 85 anos	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	9,400	1,2685	45
	1º e 2º ciclo do ensino Básico	9,952	,2182	21
	Total	9,576	1,0822	66
Total	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	7,504	2,2756	137
	1º e 2º ciclo do ensino Básico	6,868	2,7536	76
	Total	7,277	2,4693	213

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	658,768(a)	5	131,754	43,025	,000
Intercept	9819,250	1	9819,250	3206,530	,000
Faixas Etárias	620,909	2	310,454	101,381	,000***
Escolaridade	1,193	1	1,193	,390	,533
Faixas Etárias Vs Escolaridade	21,631	2	10,815	3,532	,031*
Error	633,889	207	3,062		
Total	12572,000	213			
Corrected Total	1292,657	212			

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre os grupos sem e com escolaridade e a pontuação total do VES-13 utilizou-se a ANOVA TWO WAY, considerando como segunda variável independente as faixas etárias. A ANOVA TWO WAY detectou um efeito de interação entre a Escolaridade e as Faixas etárias, como se lê no Quadro 37. Observando a Figura 8 constata-se que nos indivíduos com idade entre os 65 e os 74 anos não existem diferenças entre os dois grupos com e sem escolaridade na pontuação total do instrumento, enquanto na faixa etária entre os 75-84 anos são os que não têm escolaridade que apresentam uma pontuação mais alta e consequentemente maiores dificuldades. No grupo dos mais velhos (≥ 85 anos) pontuação total VES-13 mais alta no grupo com escolaridade.

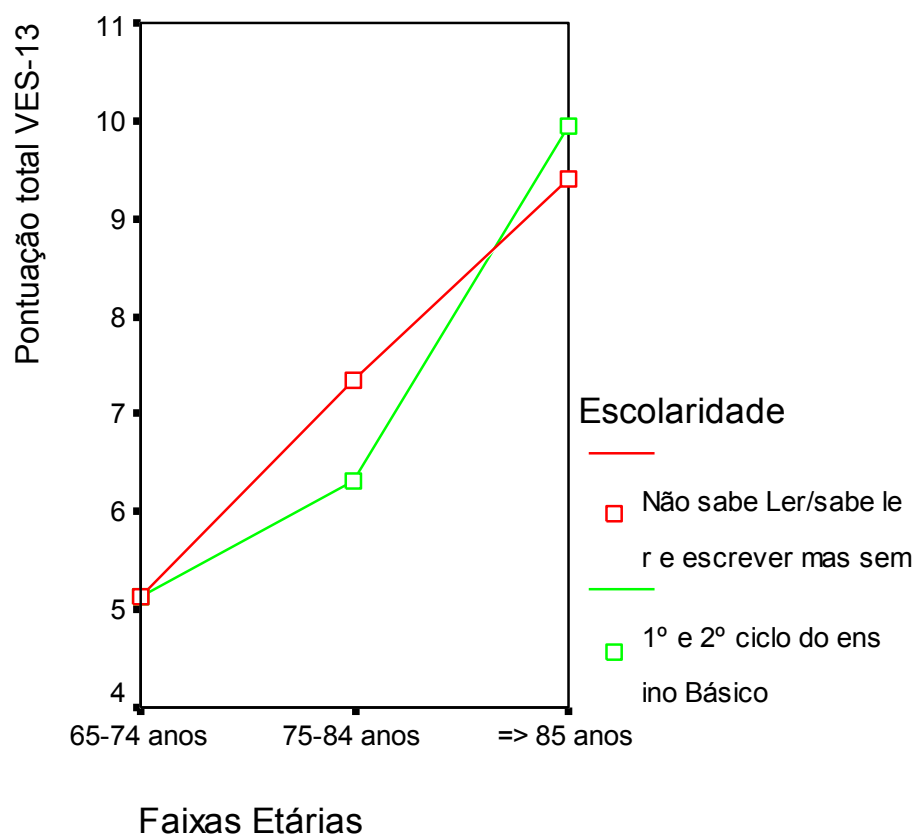


Figura 8 – Efeito de interacção entre as variáveis escolaridade e faixas etárias, na pontuação total do VES-13

4.2.5 VES-13 e Agregado Familiar

Quadro 38 – Associação entre o agregado familiar e a percepção do estado de saúde

	AG FAMILIAR	N	Mean Rank	Kruskal Wallis
Percepção do Estado de Saúde	Pessoa isolada (vive só)	134	107,95	H (3) = 6,921 p = 0,074
	Pessoa isolada em alojamento colectivo	18	79,56	
	Casal idosos	52	109,13	
	2 ou mais pessoas idosas	9	135,44	
	Total	213		

O teste Kruskal- Wallis não detectou diferenças significativas entre os grupos com diferentes agregados familiares na percepção do estado de saúde ($p=0,074$), como se pode verificar no Quadro 38 e no Quadro de frequências (ver Quadro no Anexo II).

Quadro 39 – Associação entre o agregado familiar e as actividades físicas (AF)

	Agregado Familiar	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis
Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Pessoa isolada (vive só)	134	99,47	H (3) = 12,604 p = 0,006**
	Pessoa isolada em alojamento colectivo	18	143,81	
	Casal idosos	52	117,79	
	2 ou mais pessoas idosas	9	83,17	
Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos?	Pessoa isolada (vive só)	134	100,01	H (3) = 17,517 p = 0,001***
	Pessoa isolada em alojamento colectivo	18	161,22	
	Casal idosos	52	107,16	
	2 ou mais pessoas idosas	9	101,72	
Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro?	Pessoa isolada (vive só)	134	105,53	H(3) = 1,369 p = 0,713
	Pessoa isolada em alojamento colectivo	18	122,14	
	Casal idosos	52	104,82	
	2 ou mais pessoas idosas	9	111,17	
Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos?	Pessoa isolada (vive só)	134	103,29	H(3) = 1,369 p = 0,713
	Pessoa isolada em alojamento colectivo	18	139,19	
	Casal idosos	52	106,35	
	2 ou mais pessoas idosas	9	101,61	
Andar 400 metros?	Pessoa isolada (vive só)	134	101,31	H(3) = 13,719 p = 0,003**
	Pessoa isolada em alojamento colectivo	18	143,97	
	Casal idosos	52	114,08	
	2 ou mais pessoas idosas	9	76,83	
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Pessoa isolada (vive só)	134	100,94	H(3) = 15,946 p = 0,001***
	Pessoa isolada em alojamento colectivo	18	158,97	
	Casal idosos	52	105,53	
	2 ou mais pessoas idosas	9	101,83	

O teste Kruskal Wallis detectou diferenças muito significativas nas actividades: curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se ($p=0,006$) e andar 400 metros ($p=0,003$). Verificaram-se diferenças estatísticas extremamente significativas nas actividades levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos ($p=0,001$) e fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas ($p=0,001$), sendo o grupo dos indivíduos que vivem isolados em alojamento colectivo os que revelam maiores

dificuldades em todas estas actividades (ver Quadro no Anexo III). Como se constata no Quadro 39 para as restantes duas AVD não foram encontradas diferenças significativas.

Quadro 40 – Associação entre o agregado familiar e as actividades da vida diária (AVD)

n (%)		Pessoa isolada Pessoa isolada Casal de 2 ou mais pessoas p								
		Pessoa isolada (vive só)		alojamento colectivo		idosos		idosas		
Fazer compras de itens pessoais ^a	Sim	97	(72,4)	2	(11,1)	33	(63,5)	7	(77,8)	0,000***
	Não	6	(4,5)	0	(0,0)	1	(1,9)	0	(0,0)	
	Não faz	31	(23,1)	16	(88,9)	18	(34,6)	2	(22,2)	
	Total	134	(100)	18	(100)	52	(100)	9	(100)	
Gerir o dinheiro ^a	Sim	116	(86,6)	2	(11,1)	29	(55,8)	9	(100)	0,000***
	Não	8	(6,0)	0	(0,0)	8	(15,4)	0	(0,0)	
	Não faz	10	(7,5)	16	(88,9)	15	(28,8)	0	(0,0)	
	Total	134	(100)	18	(100)	52	(100)	9	(100)	
Andar pela casa ^a	Sim	124	(92,5)	12	(66,7)	44	(84,6)	9	(100)	0,001***
	Não	6	(4,5)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	
	Não faz	4	(3,0)	6	(33,3)	8	(15,4)	0	(0,0)	
	Total	134	(100)	18	(100)	52	(100)	9	(100)	
Tarefas domésticas leves ^a	Sim	107	(79,9)	1	(5,6)	32	(61,5)	7	(77,8)	0,001***
	Não	7	(5,2)	2	(11,1)	4	(7,7)	0	(0,0)	
	Não faz	20	(14,9)	15	(83,3)	16	(30,8)	2	(22,2)	
	Total	134	(100)	18	(100)	52	(100)	9	(100)	
Tomar banho ^a	Sim	129	(96,3)	17	(94,4)	46	(88,5)	9	(100)	0,151
	Não	2	(1,5)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	
	Não faz	3	(2,2)	1	(5,6)	6	(11,5)	0	(0,0)	
	Total	134	(100)	18	(100)	52	(100)	9	(100)	

^a Teste de Fisher

Através do Quadro 40, constata-se que o teste de Fisher revelou a existência de uma diferença extremamente significativa entre os grupos nas AVD fazer compras de itens pessoais ($p=0,000$) e gerir o dinheiro ($p=0,000$). No grupo de pessoas que vivem isoladas em alojamento colectivo a esmagadora maioria já não fazem estas AVD (89,9% para ambas), enquanto nos outros grupos há uma pequena percentagem de indivíduos nessa condição. O teste de Fisher revelou também a existência de uma diferença extremamente significativa entre os grupos nas AVD andar pela casa ($p=0,001$) e realizar tarefas domésticas leves ($p=0,001$). Igualmente para grupo de pessoas que vivem isoladas em alojamento colectivo há uma grande percentagem de indivíduos que não fazem esta actividade (33,3%), enquanto nos outros grupos essa percentagem é baixa. O teste de Fisher não revelou a existência de uma diferença significativa na AVD tomar banho. Em todos os grupos a esmagadora maioria ou todos os indivíduos revelam dificuldades.

Quadro 41 – Associação entre o agregado familiar e a pontuação total do VES-13

AG FAMILIAR	FAIXAS E	Mean	Std. Deviation	N
Pessoa isolada (vive só)	65-74 anos	5,163	2,2460	43
	75-84 anos	6,936	1,8813	47
	≥ 85 anos	9,523	1,2293	44
	Total	7,216	2,5410	134
Pessoa isolada em alojamento colectivo	65-74 anos	5,000	.	1
	75-84 anos	7,875	,3536	8
	≥ 85 anos	10,000	,0000	9
	Total	8,778	1,4371	18
Casal idosos	65-74 anos	5,133	2,4162	15
	75-84 anos	6,815	2,0388	27
	≥ 85 anos	9,700	,6749	10
	Total	6,885	2,5022	52
2 ou mais pessoas idosas	65-74 anos	4,500	2,1213	2
	75-84 anos	8,000	,0000	4
	≥ 85 anos	8,667	1,1547	3
	Total	7,444	1,9437	9
Total	65-74 anos	5,131	2,2322	61
	75-84 anos	7,035	1,8243	86
	≥ 85 anos	9,576	1,0822	66
	Total	7,277	2,4693	213

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	651,062(a)	11	59,187	18,542	,000
Intercept	2942,895	1	2942,895	921,955	,000
Agregado Familiar	1,441	3	,480	,150	,929
Faixas Etárias	166,202	2	83,101	26,034	,000***
Agregado Familiar Vs Faixas Etárias	9,492	6	1,582	,496	,811
Error	641,595	201	3,192		
Total	12572,000	213			
Corrected Total	1292,657	212			

No sentido de averiguar a existência de diferenças significativas entre os diferentes tipos de agregado familiar e a pontuação total do VES-13 utilizou-se a ANOVA TWO WAY, considerando como segunda variável independente as faixas etárias. Observando os resultados referentes aos efeitos principais no Quadro 41, constata-se que apenas a variável idade tem impacto na pontuação total do VES-13. A variável

agregado familiar, estando controlada a variável idade, não revela qualquer efeito significativo. Também não se registam efeitos de interacção entre as duas variáveis.

4.2.5 VES-13 e Rendimento mensal

Para esta variável sócio-demográfica não foram encontradas quaisquer diferenças significativas aquando da sua associação à percepção do estado de saúde, às actividades físicas e às actividades da vida diária (ver Anexo IV).

4.3 Estatística multivariável

Quadro 42 – Regressão ordinal entre as variáveis sócio-demográficas e a percepção do estado de saúde

		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Threshold	[AUTOPERC = 1]	5,244	1,788	8,601	1	,003	1,739	8,749
	[AUTOPERC = 2]	7,507	1,835	16,727	1	,000	3,909	11,104
	[AUTOPERC = 3]	10,641	2,088	25,983	1	,000	6,549	14,732
Location	[SEXO=1]	-,346	,332	1,087	1	,297	-,996	,304
	[SEXO=2]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[SOLTEIRO=,00]	,676	,513	1,736	1	,188	-,329	1,681
	[SOLTEIRO=1,00]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[CASADO=,00]	,912	1,085	,708	1	,400	-1,213	3,038
	[CASADO=1,00]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[VIUVO=,00]	,627	,500	1,568	1	,211	-,354	1,607
	[VIUVO=1,00]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[ESCOLAR2=1,00]	-,521	,319	2,664	1	,103	-1,147	,105
	[ESCOLAR2=2,00]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[FAIXAS_E=1,00]	,455	,420	1,174	1	,279	-,368	1,279
	[FAIXAS_E=2,00]	,650	,363	3,208	1	,073	-,061	1,362
	[FAIXAS_E=3,00]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[PESSOA_I=,00]	1,247	,677	3,394	1	,065	-,080	2,573
	[PESSOA_I=1,00]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[ISOLA_AL=,00]	2,594	,945	7,536	1	,006**	,742	4,447
	[ISOLA_AL=1,00]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[CASAL_ID=,00]	,719	1,180	,371	1	,542	-1,594	3,033
	[CASAL_ID=1,00]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[DUAS_OU=,00]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[DUAS_OU=1,00]	0(a)	.	.	0	.	.	.
	[RENDIME2=1]	,434	,452	,921	1	,337	-,452	1,319
	[RENDIME2=2]	0(a)	.	.	0	.	.	.

Na Quadro 42 constata-se que a única variável que tem uma relação muito significativa com a percepção do estado de saúde ($p=0,006$) é o ser uma pessoa isolada em alojamento colectivo, sendo que estas pessoas têm uma percepção desfavorável da sua saúde.

Quadro 43 – Regressão linear simples entre as variáveis sócio-demográficas e a pontuação nas actividades físicas (AF)

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	1118,075	10	111,808	7,758	,000 ^b
Residual	2723,905	189	14,412		
Total	3841,980	199			

a. Dependent Variable: Actividades Físicas

b. Predictors: (Constant), Rendimento Mensal, 2 ou mais pessoas idosas, Escolaridade, Pessoa isolada em alojamento colectivo, Sexo, Solteiro, Idade, Casal idosos, Viúvo, Casado/União de facto

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	2,917	3,036		,961	,338
Sexo	-1,693	,635	-,173	-2,668	,008**
Idade	,226	,038	,429	5,908	,000***
Solteiro	,818	1,008	,075	,811	,418
Casado/União Facto	-,023	1,979	-,002	-,011	,991
Viúvo	,238	,992	,027	,240	,811
1 Escolaridade	,260	,293	,057	,889	,375
Pessoa isolada em alojamento colectivo	2,685	1,057	,166	2,541	,012*
Casal idosos	1,554	1,787	,148	,869	,386
2 ou mais pessoas idosas	-,901	1,329	-,043	-,678	,499
Rendimento mensal	-,768	,847	-,065	-,907	,365

Em relação às actividades físicas, pela análise do Quadro 43, através da aplicação do teste ANOVA TWO-WAY, verificam-se valores extremamente significativos para a variável idade mais avançada ($p=0,000$), valores muito significativos para o sexo feminino e valores significativos para o agregado familiar pessoa isolada em alojamento colectivo ($p=0,012$).

Quadro 44 – Regressão linear simples entre as variáveis sócio-demográficas e a pontuação nas actividades da vida diária (AVD)

ANOVA^b

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	183,389	10	18,339	10,046	,000 ^a
Residual	345,006	189	1,825		
Total	528,395	199			

a. Dependent Variable: SCORE PARCIAL AVD

b. Predictors: (Constant), Rendimento Mensal, 2 ou mais pessoas idosas, Escolaridade, Pessoa isolada em alojamento colectivo, Sexo, Solteiro, Idade, Casal idosos, Viúvo, Casado/União de facto

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	,381	1,126		,339	,735
Idade	,056	,014	,286	4,110	,000***
Sexo	-,017	,226	-,005	-,075	,941
Solteiro	,381	,359	,095	1,060	,290
Casado/União facto	-,803	,704	-,208	-1,141	,255
Viúvo	,620	,353	,190	1,757	,080
1 Escolaridade	-,012	,104	-,007	-,114	,909
Pessoa isolada em alojamento colectivo	2,254	,376	,376	5,992	,000***
Casal idosos	1,861	,636	,478	2,927	,004*
2 ou mais pessoas idosas	-,116	,473	-,015	-,244	,807
Rendimento mensal	,092	,301	,021	,306	,760

Quanto às actividades de vida diária, pela análise do Quadro 44 é possível perceber que para as variáveis idade mais avançada e agregado familiar pessoa isolada em alojamento colectivo foram encontrados valores extremamente significativos ($p=0,000$) e para a variável agregado familiar casal de idosos encontraram-se valores significativos ($p=0,004$).

Quadro 45 – Regressão linear simples entre as variáveis sócio-demográficas e a pontuação total do VES-13

ANOVA^a

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regression	619,435	10	61,943	19,774	,000 ^b
Residual	592,065	189	3,133		
Total	1211,500	199			

a. Dependent Variable: SCORE FINAL VES-13

b. Predictors: (Constant), Rendimento Mensal, 2 ou mais pessoas idosas, Escolaridade, Pessoa isolada em alojamento colectivo, Sexo, Solteiro, Idade, Casal idosos, Viúvo, Casado/União de facto

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-7,734	1,415		-5,464	,000
Sexo	-,207	,296	-,038	-,699	,485
Idade	,186	,018	,629	10,437	,000***
Solteiro	,600	,470	,098	1,275	,204
Casado/União facto	1,520	,922	,260	1,648	,101
Viúvo	,937	,462	,189	2,027	,044*
1 Escolaridade	-,106	,136	-,042	-,776	,439
Pessoa isolada em alojamento colectivo	,075	,493	,008	,152	,879
Casal idosos	-,965	,833	-,164	-1,158	,248
2 ou mais pessoas idosas	-,397	,620	-,033	-,641	,523
Rendimento mensal	-,203	,395	-,031	-,514	,608

No que diz respeito à pontuação total do instrumento de medida da vulnerabilidade, VES-13, e o conjunto das variáveis sócio-demográficas, verifica-se no Quadro 45 que relativo à regressão linear simples através do teste ANOVA TWO-WAY, verificam-se valores de extrema significância para a idade ($p=0,000$), em que os mais velhos pontuam pior, e um valor significativo para o estado civil viúvo ($p=0,044$), igualmente mais comprometido.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pela realização do presente estudo foi efectuada uma avaliação de triagem da vulnerabilidade individual em pessoas idosas residentes na comunidade. Pela associação entre as variáveis sócio-demográficas inquiridas e os resultados da vulnerabilidade, foi possível testar a sua influência e a importância para a prática assistencial. Através deste estudo, pretende-se contribuir para a disseminação deste tema, à sua contínua investigação e aperfeiçoamento com o principal objectivo de detecção precoce e intervenção atempada no sentido de prevenir desfechos de vida desfavoráveis. Os principais achados, de forma sucinta, referem-se essencialmente à quase totalidade da amostra estudo se encontrar numa situação de vulnerabilidade, estando piores as mulheres, as mais velhas e os indivíduos de ambos os sexos viúvos.

Relativamente à **amostra** em estudo, da população total acompanhada pelas quatro Equipas de Apoio a Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, cerca de 900 pessoas, foram aleatorizadas 300 e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão ficaram 213 indivíduos para a inquirição. A utilização desta técnica de amostragem permitiu à investigadora não exercer qualquer tipo de selecção, consciente ou não dos indivíduos em estudo, fazendo com que cada elemento da população tivesse a mesma probabilidade de ser escolhido para o estudo (Gouveia de Oliveira, 2009).

No que diz respeito à **idade** dos indivíduos da amostra, a média situa-se nos 80,1 anos, o que revela uma idade muito semelhante com a esperança de vida calculada com base no ano de 2012 de 80,0 anos para a população portuguesa (PORDATA, 2014b). Trata-se de uma amostra maioritariamente do **sexo** feminino (70,9%), o que está de acordo com os dados nacionais onde a maioria das pessoas idosas são mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2011b). A **faixa etária** mais prevalente nas mulheres é dos 75-84 anos seguida dos 85 ou mais anos, sendo que os homens estão em maior número na faixa etária dos 65-74 anos seguidos pela faixa etária dos 75-84 anos. As mulheres são em maior número e mais velhas que os homens como aliás corroboram a maioria dos estudos sobre género.

No âmbito da prevenção da incapacidade em pessoas idosas residentes na comunidade, no estudo de Roterdão, Taş *et. al* (2011) desenvolveram um modelo explicativo. Avaliaram a amostra num momento inicial e reavaliaram após um período de follow-up de seis anos. Puderam constatar que os preditores com maior destaque

foram a idade e o maior nível de incapacidade na primeira avaliação, concluindo que a incapacidade basal deverá ser prevenida e evitada ao máximo através das intervenções de equipas multidisciplinares.

Quanto ao **estado civil**, os indivíduos da amostra em estudo são maioritariamente viúvos (42,7%) seguindo-se os que vivem em regime de casamento/união de facto (25,4%). Quando analisados estes resultados por sexo e faixa etária, é possível perceber que os viúvos são na sua maioria mulheres principalmente a partir dos 75 anos e, para esta amostra, os homens são na sua maioria solteiros ou casados/união de facto e mais novos, tendo em conta que o aspecto protector do casamento tem mais peso para os homens, sendo para estes a viuvez um grande factor de risco e incapacidade e mortalidade (Manzoli *et. al*, 2007). Os autores Zhu & Gu (2010) quiseram perceber se estes efeitos se mantinham para os muito idosos. Depois de ajustadas as variáveis em estudo, os resultados relativos à associação entre o casamento e a saúde e entre o casamento e a sobrevivência de pessoas muito idosas são positivos e prevalentes quanto ao facto do casamento reduzir o risco de morte sendo que a qualidade e a duração do casamento aumentam consideravelmente a capacidade de sobrevivência. A viuvez, ainda que quando ocorre em idades mais avançadas, tende a aumentar o risco de mortalidade, especialmente nos homens.

Murphy *et. al* (2007), investigaram o aumento das diferenças no estado civil em relação à mortalidade em sete países do norte da Europa. Descobriram que a vantagem das pessoas idosas casadas na mortalidade, para homens e mulheres, continua a aumentar pelo menos até à faixa etária dos 85-89 anos. Os principais achados foram que esta vantagem para as pessoas casadas é maior para os homens do que para as mulheres, é similar para os diferentes países estudados, aumenta exponencialmente com a idade e é maior e mais relevante em idades mais avançadas.

Os indivíduos da amostra revelam na sua maioria não terem nível de **escolaridade**, não sabendo ler nem escrever (34,7%), seguidos daqueles que ainda que sem nível de escolaridade sabem ler e escrever (29,6%) e só depois aqueles que completaram o 1º ciclo do ensino básico (27,7%). Na distribuição desta variável por sexo e faixa etária verifica-se que a maioria das mulheres são iletradas e encontram-se entre os 75-84 anos e com a mesma frequência, a maioria dos homens sabem ler e escrever e têm o 1º ciclo do ensino básico na faixa etária dos 65 aos 74 anos. Segundo os resultados definitivos dos Censos 2011 à população portuguesa, a taxa de analfabetismo, expressa pela relação entre a população que não sabe ler e escrever, recuou de forma significativa nas últimas décadas, passando de 11% em 1991, para 9% em 2001 e 5,2% em 2011. Em 2011, a taxa de analfabetismo das mulheres era bastante superior

à da taxa de analfabetismo dos homens, isto é, 6,8% e 3,8% respectivamente. A população analfabeta é essencialmente idosa onde 79% tem mais de 65 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

A educação continua a contribuir para a prevalência de incapacidade a partir dos 65 ou mais anos, em homens e mulheres, independentemente das doenças que apresentem. Jagger, C. *et. al* (2007), investigaram qual a extensão das diferenças em educação na incidência de incapacidade, recuperação e mortalidade em pessoas com mais de 65 anos. Numa amostra estratificada em Inglaterra e no País de Gales de mais de 13000 participantes, procederam a uma avaliação inicial e ao respectivo follow-up após dois, seis e dez anos, analisaram dois nível de incapacidade, a dificuldade na mobilidade e a incapacidade para o desempenho das actividades de vida diária. Como resultados principais obtiveram o facto de que, as pessoas com 9 ou menos anos de escolaridade apresentavam maior prevalência e maior incapacidade ao nível da mobilidade e das AVD e menor possibilidade de recuperação de alterações na mobilidade. Estas diferenças permanecem intactas quando controlaram a comorbilidade. Constataram também que as mulheres com baixo nível de escolaridade tinham menos esperança de vida (1,7 anos) do que as mulheres com mais escolaridade assim como revelam diferenças muito significativas na esperança de vida sem incapacidade, 1,9 anos em comparação com 2,8 anos, respectivamente.

A situação do **agregado familiar** demonstra que em mais de metade da amostra as pessoas idosas vivem sós (62,9%), 24,4% vivem em casal de idosos/união de facto e 8,5% residem em alojamento colectivo. Quando analisados estes valores por sexo e faixa etária, verifica-se uma distribuição normal nas três faixas etárias para homens e mulheres. Fazendo referência aos dados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (2011b), há representatividade dos resultados encontrados neste estudo, pois a maioria da população idosa vive sozinha ou coabita com outros idosos.

Como refere Esbaugh (2008), a tendência que já se vem verificando das mulheres idosas serem mais prevalentes a viverem sós, deve-se sobretudo, à maior esperança de vida que detêm e ao facto de geralmente casarem com homens mais velhos e estes, por morrerem mais cedo, enviúvam as mulheres e deixam-nas sozinhas. A autora refuta ainda a ideia de que as pessoas idosas que vivem sozinhas poderão *per si* representar um factor de risco para se encontrarem em situação de vulnerabilidade. Neste caso, os profissionais das equipas comunitárias deverão estar especialmente atentos às pessoas que vivam sós. Tipicamente, estas pessoas têm um risco acrescido de infecções, quedas, desidratação e múltiplas lesões. É também verdade que as mulheres que vivem sozinhas têm maior deterioração da capacidade funcional, percebem a saúde de uma forma mais negativa e mais rapidamente são

integradas em estruturas residenciais para pessoas idosas (Sarwari *et. al*, 1998; Chou & Chi, 2000; Steinbach, 1992, citados por Eshbaugh, 2008).

Na revisão da literatura sobre o estado civil na mortalidade das pessoas idosas, Manzoli *et. al* (2007) concluíram que nas pessoas solteiras, casadas e viúvas o casamento representa um factor muito significativo na mortalidade. Num estudo de follow-up de 10 anos, investigadores italianos (Scafato *et. al*, 2008) foram avaliar o estado civil e o regime de coabitação como factores preditores da mortalidade em pessoas idosas entre os 65 e 84 anos. Concluíram os riscos relativos dos casados vs. solteiros e das pessoas que vivem sós vs. vivem acompanhadas, onde os homens solteiros e a viverem sós demonstram um aumento estatisticamente significativo no risco de mortalidade quando comparados com os casados e com os que residem com outros. Para as mulheres não foi verificada qualquer destas hipóteses, o que sugere que os homens beneficiam mais do que as mulheres deste factor protector. No Oriente, particularmente no Japão, também esta matéria constitui uma preocupação, principalmente pelas mudanças que se têm verificado na constituição dos agregados familiares e da sua influência na incapacidade funcional das pessoas idosas que residem na comunidade. Era frequente no passado coabitarem três gerações na mesma casa, no entanto tem aumentado exponencialmente o número de pessoas idosas a viverem sozinhas ou só com os seus filhos. Nos resultados deste estudo, Saito *et. al* (2014) verificaram que as pessoas idosas que residem numa habitação partilhada por três gerações têm um menor risco de declínio funcional.

Quanto ao **rendimento mensal** do agregado familiar, a maioria dos indivíduos da amostra (78,4%) afirmam ter disponível por mês um valor igual ou inferior a 485€, valor de referência para o ano de 2014 como o Rendimento Mínimo Nacional (RMN). Num estudo desenvolvido em Inglaterra, Morris, *et. al* (2007) foi perceber qual seria o valor mínimo para uma pessoa idosa viver de forma saudável e com bem-estar geral. Neste sentido, e partindo do pressuposto que já existe evidência nesta matéria ao nível da nutrição, actividade física, contexto de habitação, relações psicossociais/inclusão social e prestação de serviços médicos e cuidados de higiene os autores quiseram perceber se o rendimento mensal das pessoas idosas poderia ser uma barreira ao envelhecimento saudável. Constataram, através das despesas das pessoas e da base de dados do país em relação aos gastos com esta população, que o rendimento mínimo para uma vida saudável é 50% maior do que pensão atribuída pelo estado.

Relativamente à **percepção do estado de saúde**, os dados encontrados na amostra em estudo revelam que a grande maioria dos indivíduos, homens e mulheres,

consideram a sua saúde Má e Razoável, 110 e 81 respectivamente num total de 213 indivíduos. A maioria dos estudos desenvolvidos em contexto comunitário habitualmente demonstram melhor percepção por parte dos inquiridos em relação à sua saúde. Poder-se-á pensar que este facto poderá estar relacionado com outros factores como por exemplo a maioria dos indivíduos da amostra serem de faixas etárias mais velhas e residirem sós o que os torna mais frágeis e susceptíveis. Na associação desta variável com os dados sócio-demográficos, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a variável faixa etária 85 ou mais anos. Num estudo que decorreu na Alemanha, Kandler, *et. al* (2007) estudaram e comprovaram a hipótese de que viver sozinho é um factor de risco para a mortalidade em homens e não em mulheres, num estudo de *cohort* prospectivo. Na amostra estudada, os autores concluem que os homens que vivem sozinhos têm um risco duplo de morrer relativamente às mulheres, depois do ajustamento multivariável. Num estudo levado a cabo na Suécia, Lindén-Boström, Persson & Eriksson (2010) estudaram a relação entre as características da vizinhança, o capital social e a percepção do estado de saúde. Os resultados mostraram que piores percepções do estado de saúde estavam associadas a baixo capital social como residir sozinho e falta de rede de suporte, quando controlados os possíveis factores de confundimento como a idade, pensão por incapacidade, etnia e stress económico. Desta forma os autores referem que a rede de suporte, designadamente os vizinhos, deverá ser investida como fonte de prevenção de doença e promoção da saúde das pessoas mais velhas.

Na análise dos resultados para as **actividades físicas**, para as actividades levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos e fazer serviço doméstico pesado, as mulheres nas faixas etárias 75-84 anos e ≥ 85 anos reponderam de forma mais frequente terem Muita Dificuldade. Para a actividade andar 400 metros os mesmos grupos, mulheres dos 75-84 e com mais de 85 anos foram mais frequentes a referir Incapaz de Fazer. Nas associações efectuadas entre as seis actividades físicas e os dados sócio-demográficos verificam-se como principais achados: a faixa etária dos 85 e mais anos está estatisticamente relacionada com a dificuldade sentida em todas as actividades físicas avaliadas; na variável sexo, as mulheres estão francamente piores e revelam menor capacidade física nas actividades levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos, alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro e escrever ou manusear pequenos objectos; o grupo dos indivíduos da amostra que não sabem ler/sem nível de escolaridade, foram os que identificaram maior dificuldade na actividade andar 400 metros; para o grupo de pessoas isoladas em alojamento colectivo foi encontrada significância para as actividades curvar-se, agachar-se e ajoelhar-se, levantar ou carregar objectos com um

peso aproximado de 5 quilos, andar 400 metros e fazer serviço doméstico pesado; para as variáveis estado civil e rendimento mensal não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Num estudo em pessoas idosas residentes na comunidade, Botelho (2000) encontrou uma associação positiva entre a dependência funcional, idade avançada e isolamento social nas mulheres. Não foi encontrada associação entre a dependência funcional e a classe social.

Num estudo que comparou o desempenho de pessoas idosas em sete testes de mobilidade funcional, Butler *et. al* (2009) concluíram que os idosos mais velhos e os que pertenciam ao sexo feminino tiveram pior desempenho, sendo que as mulheres em todos os testes demonstraram capacidade funcional inferior aos homens.

A capacidade de andar é um bom indicador e preditor do desempenho funcional na mobilidade e as dificuldades percebidas e auto-reportadas têm-se revelado como uma medida válida para avaliar as limitações nas pessoas idosas (Sayers *et. al*, 2004). Foi encontrada uma boa correlação para o teste andar 400 metros na capacidade funcional e os autores recomendam a sua utilização em ensaios clínicos, estudos experimentais e exploratórios (Tikkanen *et. al*, 2014).

Em 2010, Shimada *et. al*, investigaram a relação entre a frequência de saídas ao exterior no espaço de vida e o défice funcional em pessoas idosas residentes na comunidade. Através da regressão múltipla logística, os autores demonstraram que as limitações nas actividades básicas e instrumentais da vida diária estavam fortemente associadas a saídas ao exterior menos de uma vez por semana. Puderam concluir que para a manutenção da capacidade funcional em pessoas idosas frágeis são necessárias saídas ao exterior pelo menos uma vez por semana, idealmente duas vezes, no sentido de prevenir o estado de confinado ao espaço da habitação.

No estudo efectuado por Beckett *et. al* (1996) relativo à capacidade física auto-reportada, através de instrumentos padronizados de onde se destaca a Escala de Rosow-Brelau, as principais conclusões sugeridas pelos autores indicam que as mulheres, em média, apresentam para além de um maior risco de terem incapacidade física do que os homens, têm menos probabilidade de recuperar desse estado. Este facto é de alguma forma paradoxal visto as mulheres, em média, viverem mais tempo do que os homens, no entanto, elevados níveis de incapacidade estão associados com aumento do risco de morte nas pessoas idosas. Desta forma, este achado carece de grande atenção, porque as mulheres têm um grande risco de incapacidade, com uma duração prolongada no tempo devido à maior longevidade e sobrevivência.

Quanto às **actividades da vida diária** avaliadas no presente estudo, os resultados podem ser agrupados em dois grandes grupos, os indivíduos que têm dificuldade mas

com ou sem ajuda realizam as AVD e os indivíduos incapazes de as realizar. Para o primeiro grupo, e de forma decrescente, 94,4% da amostra apresenta dificuldades no tomar banho, 88,7% para andar pela casa, 73,2% para gerir o dinheiro, 69,0% para a realização de tarefas domésticas leves e por fim 65,3% fazer compras de itens pessoais. As faixas etárias mais frequentes a identificarem esta dificuldade, em todas as AVD foram, para as mulheres nos 75-84 anos e para os homens nos 65-74 anos. No segundo grupo, para os indivíduos que responderam ser Incapazes de fazer as AVD, os resultados foram 31,5% fazer compras de itens pessoais, 24,9% realizar tarefas domésticas leves, 19,2% gerir o dinheiro, 8,5% andar pela casa e por último 4,7% tomar banho. A faixa etária mais prevalente foi a dos indivíduos com 85 e mais anos para ambos os sexos, o que não se verifica com o primeiro grupo, sendo que na AVD tomar banho para os homens continua a ser a faixa etária ≥ 85 anos, as mulheres que referem ser incapazes pertencem de forma homogênea às três faixas etárias.

Na análise da significância e das associações entre as variáveis sócio-demográficas e as cinco actividades da vida diária verificou-se que (1) na AVD **fazer compras de itens pessoais**, o grupo dos indivíduos que referiram dificuldade pertenciam à faixa etária dos 65-74 anos, não sabiam ler nem escrever/sem nível de escolaridade e viviam sós. O grupo dos indivíduos incapazes de realizar esta AVD pertencia à faixa etária ≥ 85 anos (mais velhos), igualmente não sabiam ler nem escrever/sem nível de escolaridade e a residir em alojamento colectivo, facto que lhes proporciona menos acesso ao exterior; (2) na AVD **gerir o dinheiro**, o grupo dos indivíduos que referiram dificuldade pertenciam à faixa etária dos 65-74 anos, eram solteiros e viviam sós. O grupo dos indivíduos incapazes de realizar esta AVD pertencia à faixa etária ≥ 85 anos (mais velhos), eram casados e residiam em alojamento colectivo; (3) na AVD **andar pela casa**, o grupo dos indivíduos que referiram dificuldade pertenciam à faixa etária dos 65-74 anos, não sabiam ler nem escrever/sem nível de escolaridade e viviam sós. O grupo dos indivíduos incapazes de realizar esta AVD, eram casados, com nível de escolaridade e viviam em casal de idosos; (4) na AVD **realizar tarefas domésticas leves**, o grupo dos indivíduos que referiram dificuldade pertenciam à faixa etária dos 65-74 anos, eram mulheres, que não sabem ler nem escrever/sem nível de escolaridade e viviam sós. O grupo dos indivíduos incapazes de realizar esta AVD pertencia à faixa etária ≥ 85 anos (mais velhos), eram igualmente mulheres, com nível de escolaridade e a residir em alojamento colectivo; (5) na AVD **tomar banho** a única significância encontrada foi para o grupo dos indivíduos que referiram dificuldade serem maioritariamente solteiros e no segundo, os que referem ser incapazes de realizar foram os que residem em casal de idosos.

Em 2008, Gaymu, Ekamper & Beets, levaram a cabo um estudo sobre as futuras tendências em saúde relacionadas com o estado civil das pessoas idosas, em países

da Europa incluindo Portugal, numa projecção demográfica para 2030. Partiram do pressuposto que as pessoas casadas são detentoras de vantagens face aos solteiros e viúvos, como tendo uma melhor situação económica, melhor integração social e melhores resultados em saúde e no bem-estar geral. Desta forma, quando os autores alertam para o facto de estarem a aumentar as pessoas idosas a viverem sozinhas e que com passar do tempo esta realidade tender-se-á a intensificar, as políticas de protecção a esta camada da população terão que ser pensadas, pois a família que poderia assumir parte da ajuda nos cuidados básicos ou instrumentais, cada vez estará mais ausente ou inexistente.

Vários são os factores que contribuem para a mortalidade nas pessoas idosas e, Fried, *et. al* (1998), desenvolveu em estudo longitudinal de cinco anos de follow-up onde pode verificar que os factores estatisticamente significativos, associados à mortalidade foram o aumento da idade, o sexo masculino, os baixos rendimentos e dificuldade numa ou mais actividades instrumentais da vida diária, entre outros parâmetros laboratoriais e funcionais.

A associação entre os tipos de agregado familiar e a incapacidade funcional foi estudada por investigadores chineses (Wang *et. al*, 2013). Estes concluíram que o agregado familiar influencia significativamente a incapacidade nas actividades básicas e instrumentais da vida diária. Perceberam que os casais de idosos tiveram melhores resultados na avaliação da capacidade funcional e na percepção do estado de saúde das pessoas solteiras que viviam sozinhas ou viúvas a residirem com os filhos. O estado civil e o agregado familiar, em conjunto com as alterações vividas na idade adulta e na idade avançada têm implicações na saúde e mortalidade das pessoas idosas. A literatura sobre esta matéria tem consistentemente identificado que os idosos solteiros relatam geralmente pior estado de saúde e têm um risco de mortalidade mais elevado do que os casados, com os homens a serem particularmente mais efectuados a este respeito (Robards *et. al*, 2012).

O Vulnerable Elders Survey – VES-13, avalia a **vulnerabilidade** de pessoas idosas a residirem na comunidade. Foram analisados os parâmetros de avaliação do instrumento de referência, designadamente a idade, a percepção do estado de saúde, as actividades físicas e as actividades da vida diária. Analisamos agora os resultados encontrados para a pontuação total do instrumento e quais as associações entre variáveis que se verificaram. Para ambos os sexos, feminino e masculino foram encontrados valores iguais por faixa etária, dos 65-74 anos a pontuação mais frequente foi de 7, dos 75-84 anos de 8 e ≥ 85 anos foi de 10, sendo que a vulnerabilidade está presente a partir do valor 3 e é crescente a sua gravidade ao longo da escala até ao máximo de 10. A média para ambos os sexos é de 7,277

($\pm 2,4693$), e olhando para os dados apresentados pelos autores do instrumento (Min *et. al*, 2009) de que a partir de 5 o risco de declínio funcional ou de mortalidade precoce aumenta exponencialmente num período inferior a dois anos, estes resultados apontam para uma amostra de pessoas altamente vulneráveis. Os resultados encontrados nas diferentes faixas etárias nos itens da escala vêm validar a cotação das VES-13 que tem em conta a idade do indivíduo, cotando de forma diferenciada o sujeito em função da sua idade.

Através da análise multivariável entre a pontuação do VES-13 e as variáveis independentes (sócio-demográficas), verificou-se uma associação para a faixa etária e o estado civil. Desta forma, é possível referir que, para a amostra estudada, os mais velhos e os viúvos têm maior probabilidade de apresentarem uma pontuação de vulnerabilidade desfavorável acima de 3. Foi ainda detectado um efeito de interacção entre a faixa etária e a escolaridade. Constatou-se que nos indivíduos na faixa etária entre os 75-84 anos, são os que não têm escolaridade que apresentam uma pontuação mais alta e, conseqüentemente, maiores dificuldades e maior incapacidade física. No grupo dos mais velhos, ≥ 85 anos a pontuação do VES-13 é mais alta no grupo com escolaridade. Este facto poderá, em parte, dever-se à vulnerabilidade associada a aspectos próprios do processo de envelhecimento da idade muito avançada, possivelmente atingida em indivíduos cujas condições de vida lhes proporcionaram terem escolaridade.

6. CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível trabalhar o tema em análise, tendo sido desenvolvido segundo os objectivos e a metodologia delineados, e obtido resultados que estão de acordo com o seu âmbito exploratório.

Numa amostra aleatorizada de 213 pessoas caracterizada de acordo com dados sócio-demográficos e critérios de vulnerabilidade, predominantemente feminina, com uma maior prevalência de pessoas com 75 ou mais anos, viúvas, sem escolaridade, maioritariamente a viverem sós e um rendimento mensal predominantemente igual ou inferior a 485€, apenas 15 não apresentavam vulnerabilidade, avaliada pelo *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13). Das 198 pessoas vulneráveis, correspondendo a 93% da amostra, 164, ou seja, 77% deste grupo, tinham uma pontuação total igual ou superior a 7 em 10, revelando um grau elevado de vulnerabilidade.

Da análise estatística integrada das variáveis estudadas, é possível indicar que as **variáveis preditoras da vulnerabilidade** são a **idade**, quanto maior a idade maior a vulnerabilidade, e o ser-se **viúvo**. As variáveis preditoras da **difículdade na realização das actividades físicas (AF)** são a **idade** e **pessoa isolada em alojamento colectivo**. Para as **actividades de vida diária (AVD)**, as variáveis que demonstram ser preditoras são a **idade**, **pessoa isolada em alojamento colectivo** e residir em agregado familiar de **casal de idosos**.

BIBLIOGRAFIA

- Abad-Díez, J. *et. al* (2014). Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population. *BMC Geriatrics*, 14 (75), 1-8.
- Arnadottir, S., Gunnarsdottir, E., Stenlund, H. & Lundin-Olsson, L. (2011). Determinants of self-rated health in old age: a population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. *BMC Public Health*, 11, 670-680.
- Beaton, K., McEvoy, C. & Grimmer, K. (2015). Identifying indicators of early functional decline in community-dwelling older people. *Geriatrics & Gerontology International*, 15, 133-140.
- Beckett, L. *et. al* (1996). Analysis of change in self-reported physical function among older persons in four population studies. *American Journal of Epidemiology*, 143 (8), 766-778.
- Belo, F, *et al.* (2009). *Diagnóstico Social de Lisboa*. Lisboa: Rede Social – Câmara Municipal de Lisboa.
- Botelho, M. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano* (1ª ed.) Porto: Laboratórios Bial.
- Butler, A., Menant, J., Tiedemann, A. & Lord, S. (2009). Age and gender differences in seven tests of functional mobility. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 6 (31), 1-9.
- Chang, T. & Tamura, M. (2009). Chapter 35: Methods to assess quality of life and functional status and their applications in clinical care in elderly patients with Chronic Kidney Disease In American Society of Nephrology, *Geriatric Nephrology Curriculum*. California: Stanford University School of Medicine.
- Comissão das Comunidades Europeias, Comunicação da Comissão, *Livro Verde “Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas”*, Bruxelas, 16.03.2005, COM (2005) 94 final.
- Covinsky, *et. al* (2003a). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatric Society*, 51 (4), 451-458.
- Covinsky, K., Eng, C., Lui, L., Sands, L. & Yaffe, K. (2003b). The last 2 years of life: functional trajectories of frail older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 492-498.
- Cronin-Stubbs, D., Mendes de Leon, C., Beckett, L., Field, T., Glynn, R. & Evans, D. (2000). Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *Archives of Internal Medicine*, 160, 3074-3080.

- Decoster, A. *et. al* (2014). Screening tools for multidimensional health problems warranting a geriatric assessment in older cancer patients: an update on SIOG recommendations. *Annals of Oncology Advance*.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Organização Mundial de Saúde, *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. DGS: Lisboa.
- Esbaugh, E. (2008). Perceptions of living alone among older adult women. *Journal of Community Health Nursing*, 25, 125-137.
- Fernandes, A. (2008). Questões demográficas – demografia e sociologia da população. Lisboa: Edições Colibri/Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Fernandes, A. & Botelho, M. (2007). Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio. *Fórum Sociológico*, 17, II Série, 11-16.
- Fried, L. *et. al* (1998). Risk factors for 5-Year mortality in older adults – The Cardiovascular Health Study. *The Journal of the American Medical Association*, 279 (8) 585-592.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) – Ministério do trabalho e da Solidariedade Social (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Gaymu, J., Ekamper, P. & Beets, G. (2008). Future trends in health and marital status: effects on the structure of living arrangements of older europeans in 2030. *European Journal of Ageing*, 5, 5-17.
- Gil, A. (2007). Envelhecimento Activo: complementariedades e contradições. *Fórum Sociológico*, nº 17, II Sério, 25-36.
- Gil, A. (2009). Conciliação entre vida profissional e vida familiar: o caso da dependência. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP (Núcleo de Estudos e Conhecimento).
- Gouveia de Oliveira, A. (2009). *Bioestatística, epidemiologia e investigação – teoria e aplicações*. Lisboa: LIDEL.
- Guralnik, J., LaCroix, A., Branch, L., Kasl, S. & Wallace, R. (1991). Morbidity and disability in older persons in the years prior to death. *American Journal of Public Health*, 81(4), 443-447.
- Harris, T., Kovar, M., Suzman, R., Kleinman, J. & Feldman, J. (1989). Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *American Journal of Public Health*, 79 (6), 698-702.
- Instituto Nacional de Estatística (2011a). *Indicadores sociais de 2010 – estatísticas oficiais*. Lisboa: INE, I.P.

Instituto Nacional de Estatística (2011b). Censos 2011 – resultados provisórios. Lisboa: INE, I.P.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011 – resultados definitivos. Lisboa: INE, I.P.

Jagger, C., Matthews, R., Melzer, D., Matthews, F., Brayne, C. & MRC CF AS - Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (2007). *International Journal of Epidemiology*, 36, 358-365.

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Sciences & Medicine*, 69, 307-316.

Kandler, U., Meisinger, C., Baumert, J. & Löwel, H. (2007). Living alone is a risk factor for mortality in men but not women from the general population: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 7, 335-3342.

Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B. & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged: in the index of ADL; a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.

Kingston, A., Collerton, J., Davies, K., Bond, J., Robinson, L. & Jagger, C. (2012). Losing the ability in activities of the daily living in the oldest old: a hierarchic disability scale from the Newcastle 85+ Study. *PLoS ONE*, 7 (2), 1-7.

Lindén-Boström, M., Persson, C. & Eriksson, C. (2010). Neighborhood characteristics, social capital and self-rated health – a population-based survey in Sweden. *BMC Public Health*, 10, 1-15.

Luz, L., Santiago, L., Santos da Silva, J. & Mattos, I. (2015). Psychometric properties of the Brazilian version of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13). *Cadernos de Saúde Pública*, 31 (3), 507-515.

Manzoli, L., Villari, P., Pirone, G. & Boccia, A. (2007). Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicina*, 64, 77-94.

McGee, H. *et. al* (2008). Vulnerable older people in the community: relationship between the vulnerable elders survey and health service use. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 8-15.

Millán-Calenti J., *et al.* (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 306–310.

Min, L. *et. al* (2006). Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *Journal of the American Geriatric Society*, 54 (3), 507-511.

- Min, L. *et. al* (2009). The Vulnerable Elders-13 Survey predicts 5-year functional decline and mortality outcomes in older ambulatory care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 2070-2076.
- Mohile, S. *et. al* (2007). A pilot study of the vulnerable elders survey-13 compared with the comprehensive geriatric assessment for identifying disability in older patients with prostate cancer who receive androgen ablation. *Geriatric Disability*, 109 (4), 802-810.
- Morris, J., Wilkinson, P., Dangour, A., Deeming, C. & Fletcher, A. (2007). Defining a minimum income for healthy living (MIHL): older age, England. *International Journal of Epidemiology*, 36, 1300-1307.
- Mossey, J. & Shapiro, E. (1982). Self-Rated Health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72 (8), 800-808.
- Murphy, M., Grundy, E. & Kalogirou, S. (2007). The increase in marital status differences in mortality up to the oldest age in seven European countries, 1990-99. *Population Studies*, 61 (3), 287-298.
- Nagi, S. (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 54, 439-468
- Perissinotto, C. & Covinsky, K. (2014). Living alone, socially isolated or lonely – what are we measuring?. *Journal of General Internal Medicine*, 29 (11), 1429-1431.
- Pinto, P., Fernandes, A. & Botelho, M. (2007). Envelhecimento activo e estilos de vida saudáveis: a actividade física. *Fórum Sociológico*, nº 17, II Série, 43-51.
- PORDATA (2014a). Indicadores de envelhecimento. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- PORDATA (2014b). Esperança de vida à nascença e esperança de vida aos 65 anos. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Prince *et. al* (2014). *The Lancet* sob o tema Ageing 2 – *The burden of disease in older people and implications for health policy and practice*. Published online www.thelancet.com.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Robards, J., Evandrou, M., Falkingham, J. & Vlachantoni, A. (2012). Marital status, health and mortality. *Maturitas*, 73, 295-299.
- Rodrigues, N. & Neri, A. (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciências e Saúde Colectiva*, 17 (8), 2129-2139.

Saito, E., Ueki, S., Yasuda, N., Yamazaki, S. & Yasumura, S. (2014). Risk factors of functional disability among community-dwelling elderly people by household in Japan: a prospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 14, 1-9.

Saliba, D. *et. al* (2001). The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *Journal of the American Geriatric Society*, 49 (1), 1691-1699.

Salmazo-Silva, P. *et. al* (2012). Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (6), 97-116.

Sayers, S., Brach, J., Newman, A., Heeren, T., Guralnik, J., & Fielding, R. (2004). Use of self-report to predict ability to walk 400 meters in mobility-limited older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 2099-2103.

Scafato, E. *et. al* (2008). Marital and cohabitation status as predictors of mortality: a 10-year follow-up of an Italian elderly cohort. *Social Sciences & Medicine*, 67, 1456-1464.

SCML (2014). www.scml.pt, consultado a 10 de Outubro de 2014.

Shimada, H. *et. al* (2010). How often and how far do frail elderly people need to go outdoors to maintain functional capacity?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 140-146.

Stineman, M. *et. al* (2012). All-cause 1-, 5-, and 10-year mortality in the elderly people according to activities of daily living stage. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 485-492.

Tang, F. & Lee, Y. (2010). Home-and community-based services utilization and aging in place. *Home Health Care Services Quarterly*, 29, 138-154.

Taş, Ü, Steyerberg, E., Bierma-Zeinstra, Hofman, A., Koes, B. & Verhagen, A. (2011). Age, gender and disability predict future disability in older people: the Rotterdam Study. *BMC Geriatrics*, 11 (22), 1-7.

Tikkanen, P., Lonnroos, E., Sipila, S., Nykanen, I., Sulkava, R. & Hartikainen, S. (2014). Effects of comprehensive geriatric assessment-based individually targeted interventions on mobility of pre-frail and frail community-dwelling older people. *Geriatrics & Gerontology International*, 1-9.

VanSwearingen, J. & Brach, J. (2001). Making geriatric assessment work: selecting useful measures. *Physical Therapy*, 81 (6), 1233-1249.

Vaz, E., Silva, B. & Sousa, I. (2003). Configurações de vida na velhice. *Antropológicos*, nº 7, 181-209.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Silabo.

Wang, H., Chen, K., Pan, Y., Jing, F. & Liu, H. (2013). Associations and impact factors between living arrangements and functional disability among older Chinese adults. *PLoS ONE*, 8 (1), 1-7.

Wilson, R., Buchman, A., Arnold, S., Shah, R., Tang, Y. & Bennett, D. (2006). Harm avoidance and disability in old age. *Experimental Aging Research*, 32, 243-261.

Winblad, I. Jääakeläinen, M., Kivelä, S., Hiltunen, P. & Laippala, P. (2001). Prevalence of disability in three birth cohorts at old age over time spans of 10 and 20 years. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 1019-1024.

Zhu, H. & Gu, D. (2010). The protective effect of marriage on health and survival: does it persist t oldest-old ages?. *Population Ageing*, 3, 161-182.

Zimmer, Z. & House, J. (2003). Education, income, and functional limitation transitions among American adults: contrasting onset and progression. *International Journal of Epidemiology*, 32, 1089-1097.

ANEXOS

I

INDICADORES DE ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL

II

TABELAS DE FREQUÊNCIAS ENTRE AS
VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E A **PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE**

III

TABELAS DE FREQUÊNCIAS ENTRE AS
VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E AS **ACTIVIDADES FÍSICAS**

IV

TABELAS DE FREQUÊNCIAS ENTRE O RENDIMENTO MENSAL,
A **PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE**,
AS **ACTIVIDADES FÍSICAS** E
AS **ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA**

Indicadores de envelhecimento em Portugal

Anos	Rácio - %			Proporção - %	
	Índice de envelhecimento	Índice de dependência total	Índice de dependência jovens	Índice de dependência idosos	Índice de longevidade
1961	27,5	59,0	46,3	12,7	33,6
1962	27,6	59,0	46,3	12,8	33,6
1963	27,8	59,0	46,1	12,8	33,7
1964	27,9	58,9	46,0	12,8	33,7
1965	28,4	59,4	46,2	13,1	33,5
1966	29,1	60,2	46,6	13,6	33,1
1967	29,5	60,7	46,9	13,8	32,7
1968	30,2	61,2	47,0	14,2	32,7
1969	31,1	61,6	46,9	14,6	32,5
1970	32,9	61,7	46,4	15,3	32,6
1971	33,9	61,8	46,1	15,6	32,5
1972	34,0	61,8	46,1	15,7	31,8
1973	34,4	61,4	45,7	15,7	31,2
1974	34,9	60,6	44,9	15,7	30,5
1975	36,8	60,6	44,3	16,3	31,0
1976	38,6	60,9	43,9	17,0	31,9
1977	39,4	60,7	43,5	17,1	32,0
1978	40,5	60,3	42,9	17,4	32,5
1979	42,0	59,7	42,1	17,7	33,1
1980	43,8	59,0	41,0	18,0	33,8
1981	45,4	58,3	40,1	18,2	34,5
1982	46,5	57,5	39,3	18,3	35,2
1983	47,5	56,7	38,4	18,2	36,1
1984	48,5	55,8	37,6	18,2	37,0
1985	50,2	55,0	36,6	18,4	37,7
1986	52,4	54,4	35,7	18,7	38,4
1987	55,0	53,6	34,6	19,0	38,9
1988	57,9	52,8	33,4	19,4	39,2
1989	61,5	52,0	32,2	19,8	39,4
1990	65,7	51,1	30,8	20,3	39,4
1991	70,0	50,3	29,6	20,7	39,2
1992	73,8	49,7	28,6	21,1	39,1
1993	77,2	49,2	27,8	21,4	38,8
1994	80,5	48,9	27,1	21,8	38,6
1995	84,0	48,6	26,4	22,2	39,0
1996	87,3	48,3	25,8	22,5	39,5
1997	90,5	48,2	25,3	22,9	39,8
1998	93,5	48,2	24,9	23,3	40,3
1999	96,0	48,2	24,6	23,6	40,8
2000	98,8	48,3	24,3	24,0	41,4
2001	101,6	48,5	24,1	24,4	41,9
2002	103,3	48,8	24,0	24,8	42,3
2003	104,7	49,1	24,0	25,1	42,7
2004	106,6	49,4	23,9	25,5	43,2
2005	108,5	49,7	23,8	25,9	43,8
2006	110,4	49,8	23,7	26,1	44,6
2007	112,6	49,9	23,5	26,4	45,6
2008	115,1	50,1	23,3	26,8	46,4
2009	117,8	50,3	23,1	27,2	46,9
2010	121,6	50,8	22,9	27,9	47,6
2011	125,8	51,2	22,7	28,5	48,3

2012	129,4	51,7	22,5	29,1	48,7
2013	133,5	52,2	22,4	29,9	48,9

Indicadores de envelhecimento

Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente

Fonte: **PORDATA (2014a)**

Última actualização: 2014-06-16

1. Faixas etárias e Percepção do Estado de Saúde

			Percepção do Estado de Saúde				Total
			Má	Razoável	Boa	Muito Boa	
Faixas etárias	65-74 anos	Freq.	25	29	7	0	61
		%	41,0%	47,5%	11,5%	0,0%	100%
	75-84 anos	Freq.	41	33	11	1	86
		%	47,7%	38,4%	12,8%	1,2%	100%
	≥ 85 anos	Freq.	44	19	3	0	66
		%	66,7%	28,8%	4,5%	0,0%	100%
Total	Freq.	110	81	21	1	213	
	%	51,6%	38,0%	9,9%	0,5%	100%	

2. Sexo e Percepção do Estado de Saúde

			Percepção do Estado de Saúde				Total
			Má	Razoável	Boa	Muito Boa	
SEXO	Feminino	Freq.	82	57	11	1	151
		%	54,3%	37,7%	7,3%	0,7%	100%
	Masculino	Freq.	28	24	10	0	62
		%	45,2%	38,7%	16,1%	0,0%	100%
Total		Freq.	110	81	21	1	213
		%	51,6%	38,0%	9,9%	0,5%	100%

3. Estado Civil e Percepção do Estado de Saúde

		Percepção do Estado de Saúde				Total
			Má	Razoável	Boa	
Estado civil	Solteiro	Freq.	22	16	5	43
		%	51,2%	37,2%	11,6%	100%
	Casado/União de facto	Freq.	28	20	6	54
		%	51,9%	37,0%	11,1%	100%
	Viúvo	Freq.	52	34	5	91
		%	57,1%	37,4%	5,5%	100%
Total		Freq.	102	70	16	188
		%	54,3%	37,2%	8,5%	100%

4. Escolaridade e Percepção do Estado de Saúde

		Percepção do Estado de Saúde					
			Má	Razoável	Boa	Muito Boa	Total
Escolaridade	Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	Freq.	76	48	13	0	137
		%	55,5%	35,0%	9,5%	,0%	100%
	1º e 2º ciclo do ensino Básico	Freq.	34	33	8	1	76
		%	44,7%	43,4%	10,5%	1,3%	100%
Total		Freq.	110	81	21	1	213
		%	51,6%	38,0%	9,9%	,5%	100%

5. Agregado Familiar e Percepção do Estado de Saúde

		Percepção do Estado de Saúde					
			Má	Razoável	Boa	Muito Boa	Total
Agregado Familiar	Pessoa isolada (vive só)	Freq.	68	52	13	1	134
		%	50,7%	38,8%	9,7%	,7%	100%
	Pessoa isolada em alojamento colectivo	Freq.	14	3	1	0	18
		%	77,8%	16,7%	5,6%	,0%	100%
	Casal idosos	Freq.	26	20	6	0	52
		%	50,0%	38,5%	11,5%	,0%	100%
	2 ou mais pessoas idosas	Freq.	2	6	1	0	9
		%	22,2%	66,7%	11,1%	,0%	100%
Total	Freq.	110	81	21	1	213	
	%	51,6%	38,0%	9,9%	,5%	100%	

1. Faixas etárias e Actividades Físicas

			Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer	Total
65-74 anos	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	3	5	26	19	8	61
		%	4,9%	8,2%	42,6%	31,1%	13,1%	100%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	2	4	22	19	14	61
		%	3,3%	6,6%	36,1%	31,1%	23,0%	100%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	16	20	13	7	5	61
		%	26,2%	32,8%	21,3%	11,5%	8,2%	100%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	28	16	11	4	2	61
		%	45,9%	26,2%	18,0%	6,6%	3,3%	100%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	1	7	8	22	23	61
		%	1,6%	11,5%	13,1%	36,1%	37,7%	100%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	0	7	26	20	8	61
		%	,0%	11,5%	42,6%	32,8%	13,1%	100%
75-84 anos	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	1	3	37	26	19	86
		%	1,2%	3,5%	43,0%	30,2%	22,1%	100%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	2	3	25	33	23	86
		%	2,3%	3,5%	29,1%	38,4%	26,7%	100%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	16	20	32	14	4	86
		%	18,6%	23,3%	37,2%	16,3%	4,7%	100%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	31	22	23	8	2	86
		%	36,0%	25,6%	26,7%	9,3%	2,3%	100%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	1	4	7	22	52	86
		%	1,2%	4,7%	8,1%	25,6%	60,5%	100%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	1	2	21	41	21	86
		%	1,2%	2,3%	24,4%	47,7%	24,4%	100%
≥ 85 anos	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	0	0	13	26	27	66
		%	,0%	,0%	19,7%	39,4%	40,9%	100%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	0	0	9	30	27	66
		%	,0%	,0%	13,6%	45,5%	40,9%	100%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	4	7	35	14	6	66
		%	6,1%	10,6%	53,0%	21,2%	9,1%	100%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	15	13	23	11	4	66
		%	22,7%	19,7%	34,8%	16,7%	6,1%	100%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de pombal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	0	0	4	8	54	66
		%	,0%	,0%	6,1%	12,1%	81,8%	100%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	0	0	8	27	31	66
		%	,0%	,0%	12,1%	40,9%	47,0%	100%

2. Sexo e Actividades Físicas

			Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer	Total
Feminino	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	1	6	52	52	40	151
		%	,7%	4,0%	34,4%	34,4%	26,5%	100%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	1	2	37	61	50	151
		%	,7%	1,3%	24,5%	40,4%	33,1%	100%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	15	30	64	29	13	151
		%	9,9%	19,9%	42,4%	19,2%	8,6%	100%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	43	38	46	17	7	151
Masculino		%	28,5%	25,2%	30,5%	11,3%	4,6%	100%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de pombal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	1	7	15	32	96	151
		%	,7%	4,6%	9,9%	21,2%	63,6%	100%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	1	2	37	66	45	151
		%	,7%	1,3%	24,5%	43,7%	29,8%	100%
	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	3	2	24	19	14	62
		%	4,8%	3,2%	38,7%	30,6%	22,6%	100%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	3	5	19	21	14	62
		%	4,8%	8,1%	30,6%	33,9%	22,6%	100%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	21	17	16	6	2	62
		%	33,9%	27,4%	25,8%	9,7%	3,2%	100%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	31	13	11	6	1	62
		%	50,0%	21,0%	17,7%	9,7%	1,6%	100%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de pombal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	1	4	4	20	33	62
		%	1,6%	6,5%	6,5%	32,3%	53,2%	100%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	0	7	18	22	15	62
		%	,0%	11,3%	29,0%	35,5%	24,2%	100%

3. Estado Civil e Actividades Físicas

			Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer	Total
Solteiro	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	1	2	16	15	9	43
		%	2,3%	4,7%	37,2%	34,9%	20,9%	100,0%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	0	3	11	14	15	43
		%	,0%	7,0%	25,6%	32,6%	34,9%	100,0%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	10	10	12	9	2	43
		%	23,3%	23,3%	27,9%	20,9%	4,7%	100,0%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	22	5	12	4	0	43
		%	51,2%	11,6%	27,9%	9,3%	,0%	100,0%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	0	3	5	14	21	43
		%	,0%	7,0%	11,6%	32,6%	48,8%	100,0%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	0	4	13	14	12	43
		%	,0%	9,3%	30,2%	32,6%	27,9%	100,0%
Casado/ União de facto	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	0	0	19	18	17	54
		%	,0%	,0%	35,2%	33,3%	31,5%	100,0%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	1	1	17	19	16	54
		%	1,9%	1,9%	31,5%	35,2%	29,6%	100,0%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	9	14	21	5	5	54
		%	16,7%	25,9%	38,9%	9,3%	9,3%	100,0%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	18	16	12	5	3	54
		%	33,3%	29,6%	22,2%	9,3%	5,6%	100,0%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	0	3	1	14	36	54
		%	,0%	5,6%	1,9%	25,9%	66,7%	100,0%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	0	2	14	24	14	54
		%	,0%	3,7%	25,9%	44,4%	25,9%	100,0%
Viúvo	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	0	2	31	32	26	91
		%	,0%	2,2%	34,1%	35,2%	28,6%	100,0%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	1	0	21	41	28	91
		%	1,1%	,0%	23,1%	45,1%	30,8%	100,0%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	11	18	41	16	5	91
		%	12,1%	19,8%	45,1%	17,6%	5,5%	100,0%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	25	23	25	13	5	91
		%	27,5%	25,3%	27,5%	14,3%	5,5%	100,0%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	1	1	11	16	62	91
		%	1,1%	1,1%	12,1%	17,6%	68,1%	100,0%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	0	0	20	41	30	91
		%	,0%	,0%	22,0%	45,1%	33,0%	100,0%

4. Escolaridade e Actividades Físicas

			Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer	Total
Não sabe Ler/sabe ler e escrever mas sem nível de escolaridade	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	1	3	55	45	33	137
		%	,7%	2,2%	40,1%	32,8%	24,1%	100,0%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	2	2	42	57	34	137
		%	1,5%	1,5%	30,7%	41,6%	24,8%	100,0%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	20	34	55	22	6	137
		%	14,6%	24,8%	40,1%	16,1%	4,4%	100,0%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	47	37	36	15	2	137
		%	34,3%	27,0%	26,3%	10,9%	1,5%	100,0%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	1	3	15	28	90	137
		%	,7%	2,2%	10,9%	20,4%	65,7%	100,0%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	1	3	39	64	30	137
		%	,7%	2,2%	28,5%	46,7%	21,9%	100,0%
1º e 2º ciclo do ensino Básico	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	3	5	21	26	21	76
		%	3,9%	6,6%	27,6%	34,2%	27,6%	100,0%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	2	5	14	25	30	76
		%	2,6%	6,6%	18,4%	32,9%	39,5%	100,0%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	16	13	25	13	9	76
		%	21,1%	17,1%	32,9%	17,1%	11,8%	100,0%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	27	14	21	8	6	76
		%	35,5%	18,4%	27,6%	10,5%	7,9%	100,0%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de pombal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	1	8	4	24	39	76
		%	1,3%	10,5%	5,3%	31,6%	51,3%	100,0%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	0	6	16	24	30	76
		%	,0%	7,9%	21,1%	31,6%	39,5%	100,0%

5. Agregado Familiar e Actividades Físicas

			Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer	Total
AG FAMILIAR	Pessoa isolada (vive só)	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	freq. 3	8	51	44	28	134
			% 2,2%	6,0%	38,1%	32,8%	20,9%	100,0%
		Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	freq. 3	6	37	56	32	134
			% 2,2%	4,5%	27,6%	41,8%	23,9%	100,0%
		Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	freq. 25	30	46	24	9	134
			% 18,7%	22,4%	34,3%	17,9%	6,7%	100,0%
		Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	freq. 51	30	35	15	3	134
			% 38,1%	22,4%	26,1%	11,2%	2,2%	100,0%
		Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	freq. 2	8	15	34	75	134
			% 1,5%	6,0%	11,2%	25,4%	56,0%	100,0%
		Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	freq. 1	6	40	54	33	134
			% ,7%	4,5%	29,9%	40,3%	24,6%	100,0%
	Pessoa isolada em alojamento colectivo	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	freq. 1	0	2	5	10	18
			% 5,6%	,0%	11,1%	27,8%	55,6%	100,0%
		Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	freq. 0	0	0	5	13	18
			% ,0%	,0%	,0%	27,8%	72,2%	100,0%
		Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	freq. 2	2	9	4	1	18
			% 11,1%	11,1%	50,0%	22,2%	5,6%	100,0%
		Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	freq. 3	2	9	2	2	18
			% 16,7%	11,1%	50,0%	11,1%	11,1%	100,0%
		Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	freq. 0	0	0	1	17	18
			% ,0%	,0%	,0%	5,6%	94,4%	100,0%
		Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	freq. 0	0	1	4	13	18
			% ,0%	,0%	5,6%	22,2%	72,2%	100,0%
	Casal idosos	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	freq. 0	0	18	18	16	52
			% ,0%	,0%	34,6%	34,6%	30,8%	100,0%
		Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	freq. 1	1	16	17	17	52
			% 1,9%	1,9%	30,8%	32,7%	32,7%	100,0%
		Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	freq. 8	14	19	6	5	52
			% 15,4%	26,9%	36,5%	11,5%	9,6%	100,0%
		Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	freq. 17	16	11	5	3	52
			% 32,7%	30,8%	21,2%	9,6%	5,8%	100,0%
		Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	freq. 0	3	1	14	34	52
			% ,0%	5,8%	1,9%	26,9%	65,4%	100,0%
		Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	freq. 0	3	12	24	13	52
			% ,0%	5,8%	23,1%	46,2%	25,0%	100,0%
	2 ou mais pessoas idosas	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	freq. 0	0	5	4	0	9
			% ,0%	,0%	55,6%	44,4%	,0%	100,0%
		Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	freq. 0	0	3	4	2	9
			% ,0%	,0%	33,3%	44,4%	22,2%	100,0%
		Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	freq. 1	1	6	1	0	9
			% 11,1%	11,1%	66,7%	11,1%	,0%	100,0%
		Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	freq. 3	3	2	1	0	9
			% 33,3%	33,3%	22,2%	11,1%	,0%	100,0%
		Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	freq. 0	0	3	3	3	9
			% ,0%	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	freq. 0	0	2	6	1	9
			% ,0%	,0%	22,2%	66,7%	11,1%	100,0%

1. Rendimento Mensal e Percepção do Estado de Saúde

			Percepção do Estado de Saúde				Total
			Má	Razoável	Boa	Muito Boa	
RENDIMENTO MENSAL	≤485€	Freq.	85	65	16	1	167
		%	50,9%	38,9%	9,6%	0,6%	100%
	> 485€	Freq.	20	10	3	0	33
		%	60,6%	30,3%	9,1%	0,0%	100%
Total		Freq.	105	75	19	1	200
		%	52,5%	37,5%	9,5%	0,5%	100%

	RENDIMENTO MENSAL	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney
Percepção do Estado de Saúde	≤ 485€	167	102,04	17040,00	U = 2499,00 p = 0,346
	> 485€	33	92,73	3060,00	
	Total	200			

2. Rendimento Mensal e Actividades Físicas

			Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer	Total
Inferior ou igual a 485 euros	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	3	7	59	58	40	167
		%	1,8%	4,2%	35,3%	34,7%	24,0%	100,0%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	3	7	43	64	50	167
		%	1,8%	4,2%	25,7%	38,3%	29,9%	100,0%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	25	34	66	32	10	167
		%	15,0%	20,4%	39,5%	19,2%	6,0%	100,0%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	56	38	49	19	5	167
		%	33,5%	22,8%	29,3%	11,4%	3,0%	100,0%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de ponbal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	2	9	16	40	100	167
		%	1,2%	5,4%	9,6%	24,0%	59,9%	100,0%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	1	7	42	71	46	167
		%	,6%	4,2%	25,1%	42,5%	27,5%	100,0%
Superior a 485 euros	Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	Freq.	0	0	14	9	10	33
		%	,0%	,0%	42,4%	27,3%	30,3%	100,0%
	Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	Freq.	0	0	10	14	9	33
		%	,0%	,0%	30,3%	42,4%	27,3%	100,0%
	Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	Freq.	7	10	11	2	3	33
		%	21,2%	30,3%	33,3%	6,1%	9,1%	100,0%
	Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	Freq.	13	9	6	3	2	33
		%	39,4%	27,3%	18,2%	9,1%	6,1%	100,0%
	Andar 400 metros (p.e. do marquês de pombal até meio da Av. da liberdade)?	Freq.	0	1	3	6	23	33
		%	,0%	3,0%	9,1%	18,2%	69,7%	100,0%
	Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	Freq.	0	1	10	13	9	33
		%	,0%	3,0%	30,3%	39,4%	27,3%	100,0%

3. Rendimento Mensal e Actividades da Vida Diária

n (%)		≤ 485€		> 485€		p
Fazer compras de itens pessoais	Sim	110	(65,9)	20	(60,6)	0,803
	Não	6	(3,6)	1	(3,0)	
	Não faz	51	(30,5)	12	(36,4)	
	Total	167	(100)	33	(100)	
Gerir o dinheiro	Sim	127	(76,0)	21	(63,6)	0,229
	Não	9	(5,4)	4	(12,1)	
	Não faz	31	(18,6)	8	(24,2)	
	Total	167	(100)	33	(100)	
Andar pela casa	Sim	149	(89,2)	28	(84,8)	0,181
	Não	6	(3,6)	0	(0,0)	
	Não faz	12	(7,2)	5	(15,2)	
	Total	167	(100)	33	(100)	
Tarefas domésticas leves	Sim	119	(71,3)	18	(54,5)	0,128
	Não	10	(6,0)	2	(6,1)	
	Não faz	38	(22,8)	13	(39,4)	
	Total	167	(100)	33	(100)	
Tomar banho	Sim	159	(95,2)	30	(90,9)	0,325
	Não	2	(1,2)	0	(0,0)	
	Não faz	6	(3,6)	3	(9,1)	
	Total	167	(100)	33	(100)	

4. Rendimento Mensal e Pontuação total VES-13

RENDIMENTO MENSAL	FAIXAS E	Média	Desvio Padrão	N
≤ 485€	65-74 anos	5,063	2,2352	48
	75-84 anos	7,186	1,6879	70
	≥ 85 anos	9,653	,8792	49
	Total	7,299	2,4310	167
> 485€	65-74 anos	4,857	2,7343	7
	75-84 anos	6,800	2,0976	10
	≥ 85 anos	9,313	1,5798	16
	Total	7,606	2,6686	33
Total	65-74 anos	5,036	2,2768	55
	75-84 anos	7,138	1,7338	80
	≥ 85 anos	9,569	1,0893	65
	Total	7,350	2,4674	200

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	621,105(a)	5	124,221	40,818	,000
Intercept	5092,811	1	5092,811	1673,465	,000
Rendimento	2,405	1	2,405	,790	,375
Faixas Etárias	354,024	2	177,012	58,165	,000
Rendimento Vs Faixas Etárias	,123	2	,061	,020	,980
Error	590,395	194	3,043		
Total	12016,000	200			
Corrected Total	1211,500	199			

APÊNDICES

I

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

II

GUIÃO ENTREVISTA TELEFÓNICA

INTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Nº ORDEM: _____
CÓDIGO DA PESSOA: _____

I. Caracterização Sócio-demográfica

1. **Data de Nascimento:** _____

2. **Sexo** F M

3. **Estado Civil**

- 3.1 Solteiro
- 3.2 Casado/União de facto
- 3.3 Viúvo
- 3.4 Divorciado
- 3.5 Desconhecido

4. **Escolaridade**

- 4.1 Não sabe ler nem escrever/Sem escolaridade
- 4.2 Sabe ler e escrever/sem nível de escolaridade
- 4.3 1º Ciclo ensino básico (4º ano)
- 4.4 2º Ciclo ensino básico (6º ano)
- 4.5 3º Ciclo ensino básico (9º ano)
- 4.6 Curso Profissional
- 4.7 Curso de Licenciatura
- 4.8 Curso de Mestrado
- 4.9 Curso de Doutoramento
- 4.10 Desconhecido

5. **Agregado Familiar**

- 4.1 Pessoa isolada (vive só)
- 4.2 Pessoa isolada em alojamento colectivo
- 4.3 Casal idosos
- 4.4 2 pessoas idosas
- 4.5 3 pessoas idosas
- 4.6 4 pessoas idosas
- 4.7 Desconhecido

6. **Rendimento mensal do agregado:** (valor : _____ €)

- 6.1 ≤485€
- 6.2 ≥485€

II. *Vulnerable Elders Survey-13*

7. Idade _____

PONTUAÇÃO:

0 PONTO PARA IDADE 65-74
1 PONTO PARA IDADE 75-84
3 PONTOS PARA IDADE ≥ 85

8. De uma forma geral, comparando com outras pessoas da sua idade, diria que a sua **saúde** é:

7.1 **Má*** (1 PONTO)

7.2 **Razoável*** (1 PONTO)

7.3 Boa

7.4 Muito Boa

7.5 Excelente

PONTUAÇÃO:

1 PONTO PARA RAZOÁVEL ou MÁ

9. Em média, que dificuldade tem nas seguintes actividades físicas:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer
A. Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
B. Levantar ou carregar objectos com peso aproximado de 5 quilos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
C. Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
D. Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
E. Andar 400 metros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
F. Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *

PONTUAÇÃO:

1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE*" OU "INCAPAZ DE FAZER*" NAS QUESTÕES 9A ATÉ 9F. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 2 PONTOS.

10. Por causa da sua saúde ou condição física, tem alguma dificuldade a:

A. Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?

☐ SIM → Recebe ajuda para compras?

☐ SIM* ☐ NÃO

☐ NÃO

☐ NÃO FAZ → Isto acontece por causa da sua saúde? ☐ SIM* ☐ NÃO

**B. Gerir dinheiro (controlar as suas despesas ou pagar as contas)?**

- ☐ SIM → Recebe ajuda para gerir o dinheiro? ☐ SIM* ☐ NÃO
- ☐ NÃO
- ☐ NÃO FAZ → Isto acontece por causa da sua saúde? ☐ SIM* ☐ NÃO

C. Andar numa divisão da casa? É permitida a utilização de bengala ou andarilho.

- ☐ SIM → Recebe ajuda para andar? ☐ SIM* ☐ NÃO
- ☐ NÃO
- ☐ NÃO FAZ → Isto acontece por causa da sua saúde? ☐ SIM* ☐ NÃO

D. Realizar tarefas domésticas leves (como lavar a loiça ou fazer limpezas leves)?

- ☐ SIM → Recebe ajuda para tarefas domésticas leves? ☐ SIM* ☐ NÃO
- ☐ NÃO
- ☐ NÃO FAZ → Isto acontece por causa da sua saúde? ☐ SIM* ☐ NÃO

E. Tomar banho no polibã ou banheira?

- ☐ SIM → Recebe ajuda para tomar banho? ☐ SIM* ☐ NÃO
- ☐ NÃO
- ☐ NÃO FAZ → Isto acontece por causa da sua saúde? ☐ SIM* ☐ NÃO

PONTUAÇÃO:

4 PONTOS PARA UMA OU MAIS RESPOSTAS "SIM*" NAS QUESTÕES DE 10A A 10E.

GUIÃO ENTREVISTA TELEFÓNICA

INTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Nº ORDEM: _____
CÓDIGO DA PESSOA: _____

APRESENTAÇÃO:

Muito bom dia/boa tarde, Sr. Sra. _____. O meu nome é Vânia Prates, sou terapeuta ocupacional e trabalho na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, na Equipa de Apoio a Idosos. Estou a fazer um estudo de Mestrado em Saúde e Envelhecimento na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Gostaria de contar com a sua ajuda para a realização deste estudo. São algumas perguntas que no máximo levam 10 minutos. Está interessado/da em participar? Então gostaria de lhe fazer algumas perguntas relativamente a dados pessoais e a actividades do seu dia a dia. Caso queira pode optar por não responder a alguma pergunta.

I. Dados Sócio-demográficos

Diga-me por favor a sua data de nascimento?

1. Data de Nascimento: _____ | Idade: _____
2. Sexo F M

Diga-me por favor qual o seu estado civil?

3. Estado Civil
 - 3.1 Solteiro
 - 3.2 Casado/União de facto
 - 3.3 Viúvo
 - 3.4 Divorciado
 - 3.5 Desconhecido

Diga-me por favor, frequentou a escola? Se sim até que ano? Se não, Sabe ler e escrever?

4. Escolaridade
 - 4.1 Não sabe ler nem escrever/Sem escolaridade
 - 4.2 Sabe ler e escrever/sem nível de escolaridade
 - 4.3 1º Ciclo ensino básico (4º ano)
 - 4.4 2º Ciclo ensino básico (6º ano)
 - 4.5 3º Ciclo ensino básico (9º ano)
 - 4.6 Curso Profissional
 - 4.7 Curso de Licenciatura
 - 4.8 Curso de Mestrado



4.9 Curso de Doutoramento

4.10 Desconhecido

Diga-me por favor se vive sozinho? Se não, quem vive consigo?

5. Agregado Familiar

4.1 Pessoa isolada (vive só)

4.2 Pessoa isolada em alojamento colectivo

4.3 Casal idosos

4.4 **2** pessoas idosas

4.5 **3** pessoas idosas

4.6 **4** pessoas idosas

4.7 Desconhecido

Em relação ao rendimento/pensão do seu agregado familiar, é abaixo ou acima do RMN?

6. Rendimento mensal do agregado: (valor aproximado : _____ €)

6.1 $\leq 485\text{€}$ (500€)

6.2 $> 485\text{€}$ (500€)

II. Vulnerable Elders Survey-13

Verificar acima (dados sócio-demográficos)

7. Idade _____

PONTUAÇÃO:

0 PONTO PARA IDADE 65-74
1 PONTO PARA IDADE 75-84
3 PONTOS PARA IDADE ≥ 85

PERGUNTA:

8. De uma forma geral, comparando com outras pessoas da sua idade, diria que a sua **saúde** é: BOA OU MÁ?

7.1 Má* (1 PONTO)

7.2 Razoável* (1 PONTO)

7.3 Boa

7.4 Muito Boa

7.5 Excelente

PONTUAÇÃO:

1 PONTO PARA RAZOÁVEL ou MÁ

PERGUNTA:

9. Em média, que dificuldade tem nas seguintes actividades físicas:
TEM OU NÃO DIFICULDADE? TEM, QUALIFICAR!

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer
A. Curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
B. Levantar ou carregar objectos com um peso aproximado de 5 quilos (p.e. garrafão de água)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
C. Alcançar ou elevar os braços acima do nível do ombro (p.e. alcançar um objecto no armário de cima da cozinha)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
D. Escrever ou manusear e segurar pequenos objectos (p.e. colher, chaves, pente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
E. Andar 400 metros (p.e. do marquês de pombal até meio da Av. da liberdade)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
F. Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *

PONTUAÇÃO:

1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE*" OU "INCAPAZ DE FAZER*" NAS QUESTÕES 9A ATÉ 9F. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 2 PONTOS.

PERGUNTA:

10. Por causa da sua saúde ou condição física, tem alguma dificuldade a:
PERGUNTAS COM RESPOSTA SIM, NÃO, NÃO FAZ.

A. Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos)?

☐ SIM → Recebe ajuda para compras?

☐ SIM*

☐ NÃO

☐ NÃO

☐ NÃO FAZ → Isto acontece por causa da sua saúde?

☐ SIM*

☐ NÃO

B. Gerir o dinheiro (controlar as suas despesas ou pagar as contas)?

☐ SIM → Recebe ajuda para gerir o dinheiro?

☐ SIM*

☐ NÃO

☐ NÃO

☐ NÃO FAZ → Isto acontece por causa da sua saúde?

☐ SIM*

☐ NÃO

C. Andar pela casa? É permitida a utilização de bengala ou andarilho.

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM → Recebe ajuda para andar? | <input type="checkbox"/> SIM* | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| <input type="checkbox"/> NÃO FAZ → Isto acontece por causa da sua saúde? | <input type="checkbox"/> SIM* | <input type="checkbox"/> NÃO |

D. Realizar tarefas domésticas leves (como lavar a loiça ou fazer limpezas leves)?

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM → Recebe ajuda para tarefas domésticas leves? | <input type="checkbox"/> SIM* | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| <input type="checkbox"/> NÃO FAZ → Isto acontece por causa da sua saúde? | <input type="checkbox"/> SIM* | <input type="checkbox"/> NÃO |

E. Tomar banho no polibã ou banheira?

- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM → Recebe ajuda para tomar banho? | <input type="checkbox"/> SIM* | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| <input type="checkbox"/> NÃO FAZ → Isto acontece por causa da sua saúde? | <input type="checkbox"/> SIM* | <input type="checkbox"/> NÃO |

PONTUAÇÃO:

4 PONTOS PARA UMA OU MAIS RESPOSTAS "SIM*" NAS QUESTÕES DE 10A A 10E.

Pontuação final VES-13: _____

O ESTUDO TEM COMO PRINCIPAL OBJECTIVO CONHECER O GRAU DE VULNERABILIDADE DAS PESSOAS IDOSAS QUE SÃO ACOMPANHADAS PELA EAI, QUE RESIDEM EM CASA, NO SENTIDO DE MELHORAR O NOSSO TRABALHO JUNTO DAS PESSOAS MAIS VELHAS.

Resta-me agradecer a sua participação, muito obrigado e continuação de um bom dia/boa tarde, com licença.